BIBLIOGRAFIA: NARDONE, GIORGIO, WATZLAWIK, PAUL, "Terapia Breve Estratégica", Ed. Herder, España, 2000

Paul Watzlawick
Giorgio Nardone
(Compiladores)

Terapia breve estratégica

Pasos hacia un cambio
De percepción de la realidad

Primera parte

TEORÍA DE LA TERAPIA BREVE

INTRODUCCIÓN

> En este mundo de imágenes, creado por nosotros mismos, nos inventamos a nosotros mismos como unidad, como lo que permanece constante en el cambio.
>
> FRIEDRICH NIETZSCHE, *Escritos póstumos*

Antes de proceder a la exposición, pensamos que es útil anteponer una especie de nota introductoria a los capítulos que siguen, ya que se trata de artículos de autores diferentes y algunos de ellos provienen de contextos aparentemente lejanos del ámbito psicoterapéutico; consideramos que de este modo hacemos posible que el lector llegue a la plena comprensión de la coherencia de cada uno de los ensayos con el contexto de toda la obra y valore la originalidad y fecundidad de cada colaboración.

El primer capítulo de esta parte, dedicado a la teoría de la terapia breve, ha sido redactado por uno de los dos compiladores del volumen e introduce el tema relativo a cómo las conceptualizaciones diagnósticas tradicionales de la psiquiatría se pueden transformar en verdaderas fuentes de patología inducida por la comunicación interpersonal. Además el autor trata, desde la perspectiva constructivista radical, los aspectos de la relación que todo individuo vive con su propia realidad y cómo sus características pueden determinar «realidades patológicas» o «realidades terapéuticas».

El segundo ensayo, escrito por el principal representante de la filosofía constructivista radical, Ernst von Glasersfeld, presenta los fundamentos históricos y teóricos de esa aproximación al conocimiento, y destaca su valor operativo; en efecto, si el ser humano es considerado un sujeto activo que «construye» su propia realidad, lo que le sirve para afrontar las situaciones problemáticas no es una presunta "verdad" sobre las cosas, sino el conocimiento operativo y estratégico que lo capacita para resolver, en cada ocasión, los problemas con que se encuentra.

La tercera colaboración, obra de un conocido estudioso argentino de la psicoterapia, trata acerca de cómo se pueden traducir en la práctica clínica las enseñanzas del constructivismo, poniendo de manifiesto los aspectos concretos de operatividad en la interacción terapéutica focalizada en la resolución de los problemas presentados por el paciente.

El cuarto ensayo, redactado —como el segundo— por uno de los maestros del constructivismo, introduce al lector en los aspectos más generales y fundamentales del constructivismo y de la cibernética. Heinz von Foerster, abordando el tema de la ética, propone los fundamentos epistemológicos y las características originales de la aproximación cibernético-constructivista a la realidad; su colaboración y la de von Glasersfeld se completan mutuamente para ofrecer al lector una lúcida e iluminadora exposición de esta nueva perspectiva teórica, expresada en los demás ensayos en sus aspectos psicoterapéuticos de más común aplicación.

En el último ensayo de esta sección Giorgio Nardone expone el desarrollo de la lógica estratégica y de la lógica matemática como metodología fundamental para la definición precisa de intervenciones terapéuticas; se pone de relieve la posibilidad que estas disciplinas ofrecen para construir no sólo técnicas terapéuticas específicas sino también modelos terapéuticos completos para formas de patología específicas, que implican tácticas y maniobras estratégicas con propiedades autocorrectivas —al poner el paso de la terapia de modelos generales a la de modelos específicos— incrementan en mucho la eficacia y la

eficiencia, así como también el rigor y la sistematicidad, sin reducir por ello su elasticidad y adaptabilidad.

1. LA CONSTRUCCIÓN DE «REALIDADES» CLÍNICAS*

Paul Watzlawick

Nosotros, los psicoterapeutas, habitualmente no somos, además, epistemológos; es decir, no somos expertos en la disciplina teórica que estudia el origen y la naturaleza del conocimiento; las implicaciones y las consecuencias que se derivan de ello son muy importantes, y sin duda van mucho más allá de mi escasa preparación filosófica. No obstante, considero que en el tema de esta antología de ensayos hay que incorporar al menos algunas consideraciones epistemológicas fundamentales, que determinan la dirección de nuestra ciencia.

DEFINIR LA NORMALIDAD

Permitidme comenzar con una consideración que puede resultar absolutamente obvia para algunos y casi escandalosa para otros: a diferencia de las ciencias médicas, nuestra ciencia no posee una definición de normalidad definitiva y universalmente aceptada. Los médicos tienen la suerte de poseer una idea bastante clara y objetivamente verificable de lo que se puede definir como funcionamiento normal de un cuerpo humano. Esto les permite identificar posibles desviaciones de la norma y les autoriza a considerarlas como patologías. No hace falta decir que este conocimiento no les hace capaces de curar cualquier desviación; pero presumiblemente pueden establecer la distinción entre la mayoría de las manifestaciones de salud y las de enfermedad.

El problema de la salud emotiva o mental de un individuo es una cuestión totalmente diferente. Se trata de una convicción no tanto científica como filosófica, metafísica y hasta, en algunas ocasiones, manifiestamente sugerida por supersticiones. Llegar a ser conscientes de quiénes somos «realmente» exigiría salir fuera de nosotros mismos y vernos objetivamente, una empresa que hasta ahora sólo el barón de Münchhausen pudo realizar cuando se salvó a sí mismo y a su caballo de hundirse en un pantano al quedarse colgado de su propia coleta.

Todos los intentos de la mente humana para estudiarse a sí misma plantean el problema de la autorreflexividad o autorreferencialidad, definible, en síntesis, en su estructura, con el célebre dicho que afirma que la inteligencia es la capacidad mental medida con los test de inteligencia.

La locura ha sido considerada siempre como la desviación de una norma que se consideraba en sí misma la verdad última, definitiva, tan «definitiva» que ponerla en duda era de por sí síntoma de locura o maldad. La era de la Ilustración no constituyó una excepción, a no ser por el hecho de que en el lugar de una revelación divina situaba a la misma mente humana que, según se pensaba, tenía propiedades divinas y, por tanto, era definida como *déesse raison.* Según sus afirmaciones, el universo era gobernado por principios lógicos que la mente humana era *capaz* de comprender y la voluntad humana de respetar. Permitidme recordar cómo la mitificación de la diosa Razón condujo a la ejecución de unas cuarenta mil personas

por medio de la invención ilustrada del doctor Guillottin y al final se volvió contra sí misma con la instauración de otra monarquía tradicional.

Pasado algo más de un siglo, Freud introdujo un concepto de normalidad mucho más pragmático y humano, pues la definió como «la capacidad de trabajar y amar»; parecía que la definición quedaba demostrada por la vida de una enorme cantidad de personas y de hecho obtuvo un amplio consenso. No obstante, lamentablemente, según sus criterios Hitler habría sido una persona más bien normal porque, como se sabe, trabajaba mucho y amaba al menos a su perro, y también a su amante, Eva Braun. La definición de Freud resulta insuficiente cuando nos encontramos frente a la proverbial excentricidad de personas fuera de lo común.

Estos problemas pueden haber contribuido al consenso general hacia otra definición de normalidad, a saber, la de *adaptación a la realidad.* Según este criterio, las personas normales (particularmente los terapeutas) verían la realidad como es realmente, mientras las personas que sufren problemas emotivos o mentales la verían de un modo deforme. Semejante definición implica, sin ninguna excepción, que existe una realidad verdadera accesible a la mente humana, asunto considerado filosóficamente insostenible al menos durante doscientos años. Hume, Kant, Schopenhauer y otros muchos filósofos han insistido en el hecho de que de la realidad «verdadera» sólo podemos tener una opinión, una imagen subjetiva, una interpretación arbitraria. Según Kant, por ejemplo, la raíz de todo error consiste en entender el modo en que nosotros determinamos, catalogamos o deducimos los conceptos como cualidades de las cosas en sí mismas. Schopenhauer, en *Sobre la voluntad en la naturaleza* (1836), escribió: «Éste es el significado de la gran doctrina de Kant: que la teleología [el estudio de las pruebas de un designio y un fin en la naturaleza] es introducida en la naturaleza por el intelecto, que de esta forma se asombra ante un milagro que ha creado él mismo» (pág. 346).

Resulta bastante fácil apartar estas opiniones con desprecio calificándolas como puramente «filosóficas» y, por tanto, carentes de utilidad práctica. Sin embargo, cabe encontrar afirmaciones semejantes en los trabajos de los representantes de la que todos consideran la ciencia de la naturaleza por antonomasia: la física teórica. Se dice que en 1926, durante una conversación con Heisenberg sobre el origen de las teorías, Einstein afirmó que es erróneo tratar de fundamentar una teoría sólo sobre observaciones objetivas y que, por contra, la teoría determina lo que podemos observar.

De forma sustancialmente análoga, Schrödinger afirma en su libro *Mind and Matter* (1958) *[Mente y materia}:* «La visión del mundo de cada uno es y sigue siendo siempre un constructo de su mente y no se puede demostrar que tenga ninguna otra existencia» (pág. 52).

Y Heisenberg (1958), escribió sobre el mismo tema:

> La realidad de la que hablamos no es nunca una realidad a priori, sino una realidad conocida y creada por nosotros. Si, en referencia a esta última formulación, se objeta que, después de todo, existe un mundo objetivo, independiente de nosotros y de nuestro pensamiento, que funciona o puede funcionar independientemente de nuestra actividad, y que es el que efectivamente entendemos cuando investigamos, hay que refutar esta objeción, tan convincente a primera vista, subrayando que también la expresión «existe» tiene su origen en el lenguaje humano y no puede, por tanto, tener un significado que no esté vinculado a nuestra comprensión. Para nosotros «existe» sólo el mundo en el que la expresión «existe» tiene un significado (pág. 236).

El reputado biocibernético Heinz von Foerster (1974) describe detalladamente la circularidad autoreferencial de la mente que se somete a sí misma a un "estudio cibernético":

> Ahora poseemos la evidencia de que una descripción [del universo] implica a una persona que lo describe (observa). Lo que ahora necesitamos es la descripción del «descriptor» o, en otras palabras, necesitamos una teoría del observador. Dado que sólo cabría calificar como observadores a los organismos vivos, parece que esta tarea corresponde al biólogo. Pero él también es un ser viviente, lo que significa que en su teoría no debe dar cuenta sólo de sí mismo sino también del hecho de que está escribiendo dicha teoría. Éste es un nuevo estado de cosas en el discurso científico habida cuenta de que, de acuerdo con el tradicional punto de vista que separa al observador de su observación, había que evitar atentamente la referencia a este discurso. Esta separación no se hacía en modo alguno por excentricidad o locura, ya que en determinadas circunstancias la inclusión del observador en sus descripciones puede llevar a paradojas como, por ejemplo, la expresión: «Soy un mentiroso» (pág. 401).

Quizá sea aún más radical (en el sentido original de «ir a las raíces») el biólogo chileno Francisco Varela (1975) en su artículo «A calculus for self-reference»:

> El punto de partida de este cálculo [...] es el acto de distinguir. Con este acto primordial separamos las formas que a nuestros ojos son el mundo mismo. Desde este punto de partida afirmamos la primacía del papel del observador, que traza distinciones donde le place. Así, las distinciones, que dan origen a nuestro mundo, revelan precisamente esto: las distinciones que trazamos —y estas distinciones se refieren más a la declaración del punto en que se encuentra el observador que a la intrínseca constitución del mundo, el cual, precisamente por causa de este mecanismo de separación entre observador y observado, parece siempre huidizo—. Al percibir el mundo tal y como lo percibimos, olvidamos lo que hemos hecho para percibirlo como tal; y cuando nos lo recuerdan y recorremos hacia atrás nuestro camino, lo que encontramos al final es poco más que una imagen que nos refleja a nosotros mismos y al mundo. En contra de lo que habitualmente se supone, una descripción sometida a un análisis profundo revela las propiedades del observador. Nosotros, como observadores, nos distinguimos a nosotros mismos distinguiendo exactamente lo que en apariencia no somos, a saber, el mundo (pág. 24).

Está bien, se podría decir, pero, ¿qué tiene que ver todo esto con nuestra profesión, en la que nos encontramos con modelos de comportamiento rígidos cuya locura no puede ser negada ni siquiera por un filósofo?

Como respuesta, permitidme citar un extraño episodio, sucedido hace más de siete años en la ciudad de Grosseto. Una mujer napolitana, que había viajado hasta Grosseto, tuvo que ser ingresada en el hospital local en estado de agitación esquizofrénica aguda. Debido a que la sección de psiquiatría no podía acogerla, se decidió enviarla a Nápoles para un tratamiento adecuado. Cuando llegó la ambulancia, los enfermeros entraron en la sala donde la mujer estaba esperando *y* la encontraron sentada en una cama, completamente vestida, con su bolso preparado. Pero cuando la invitaron a seguirlos irrumpió de nuevo en manifestaciones psicóticas, ofreciendo resistencia física a los enfermeros, negándose a moverse y, sobre todo, comportándose de un modo esquizofrénico. Sólo recurriendo a la fuerza fue posible llevarla a la ambulancia en la que partieron hacia Nápoles.

En cuanto salieron de Roma, un coche de la policía hizo parar a la ambulancia y ordenó al conductor que regresara a Grosseto: se había cometido un error; la mujer que estaba en la ambulancia no era la paciente sino una vecina de Grosseto que

había ido al hospital a visitar a un pariente sometido a una pequeña intervención quirúrgica.

¿Habría sido exagerado decir que el error creó (o, como decimos los constructivistas radicales, «construyó») una realidad clínica en la que justamente el comportamiento de aquella mujer, «adaptado a la realidad», venía a ser la prueba clara de su «locura»? Por aquel motivo se había vuelto agresiva, había acusado al personal de tener intenciones hostiles, se comportó de un modo esquizofrénico, etcétera.

Quien estuviera familiarizado con el trabajo del psicólogo David Rosenhan no tuvo que esperar a que tuviera lugar el episodio de Grosseto. Quince años antes Rosenhan había publicado los resultados de un destacado estudio, «On being sane in insane places» (1973), en el que él y su grupo demuestran que las personas «normales» no son *tout court* identificables como sanas de mente y que los hospitales psiquiátricos crean las realidades en cuestión.

Hace aproximadamente un año los medios de comunicación informaron acerca de un episodio esencialmente análogo sucedido en la ciudad brasileña de Sao Paulo. Según las informaciones, había sido necesario levantar la tribuna (muy baja) de la terraza del Círculo Hípico, desde la que muchos visitantes se habían caído hacia atrás hiriéndose gravemente. Dado que no se podía sostener que todos los accidentes .se habían debido a estados de embriaguez, se sugirió otra explicación, probablemente por parte de un antropólogo: las diferentes culturas determinan normas diversas con respecto o a la distancia "correcta" que hay que asumir y mantener durante una conversación cara a cara con otra persona. En las culturas de la Europa Occidental y de Norteamérica, esta distancia consiste en la proverbial longitud del brazo; en las culturas mediterráneas y latinoamericanas es bastante más corla. Así pues, si un norteamericano y un brasileño iniciaban una conversación, el norteamericano presumiblemente establecería la distancia que es para él la «correcta», «normal». El brasileño se sentiría a disgusto por encontrarse demasiado lejos de la otra persona y se acercaría, para establecer la distancia que para él es la «justa»; el norteamericano se echaría hacia atrás; el brasileño se acercaría más, y así sucesivamente hasta que el norteamericano se caería detrás de la tribuna. Por consiguiente, dos diferentes «realidades» habían creado un acontecimiento para el cual, en la clásica visión monocultural del comportamiento humano, el diagnóstico de predisposición al accidente e incluso de manifestación de un «instinto de muerte» no sería demasiado imprudente y construiría a su vez una «realidad» clínica.

El poder de crear realidades por parte de tales normas culturales es el tema del clásico artículo de Walter Cannon (1942), «Vudu Death», una fascinante colección de casos antropológicos que demuestra cómo la inquebrantable convicción de una persona en el poder de una maldición o de un maleficio puede llevarla a la muerte en unas pocas horas. Asimismo, en un caso de maleficio en que los demás miembros de una tribu australiana que vivía en el bosque obligaron al brujo a retirar la maldición contra uno de ellos, la víctima, que ya había caído en un estado letárgico, se curó en muy poco tiempo.

Por lo que yo sé, nadie ha estudiado la construcción de tales «realidades» clínicas con más detalle que Thomas Szasz. Entre sus numerosos libros hay uno, *The Manufacture of Madness. A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (1970) *[La fabricación de la locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental],* particularmente pertinente para mi

exposición. De entre las muchas fuentes históricas que el autor utilizó, citaré la que mejor conozco. Se trata del libro *Causatio criminalis,* que trata de los procesos contra las brujas, escrito por el jesuita Friedrich von Spee en 1631 (reimpreso en Ritter, 1977). En calidad de padre confesor de muchas personas acusadas de brujería, asistió a las escenas de tortura más atroces y escribió el libro para informar a las autoridades de la corte del hecho de que, sobre la base de las normas de procedimiento judicial utilizadas, *ningún* sospechoso podía resultar nunca inocente. En otras palabras, estas reglas construían una realidad en la que, una vez más, *cualquier* comportamiento del acusado constituía una prueba de culpabilidad. He aquí algunas de las «pruebas»:

1. Dios habría protegido a un inocente desde el principio; por tanto, el hecho de que no interviniera para salvar a una determinada persona era ya de por sí una prueba de su culpabilidad.
2. La vida de una sospechosa puede ser recta o no serlo; si no lo es, este hecho proporciona una prueba adicional; si lo es, provoca más sospechas, porque se sabe que las brujas son capaces de dar la impresión de que llevan una vida virtuosa.
3. Una vez encarcelada, la bruja se mostrará aterrada *o* impávida; en el primer caso demostrará que sabe que es culpable; en el segundo se confirmará la probabilidad de que lo sea, porque se sabe que las brujas más peligrosas son capaces de simular inocencia y calma.
4. La sospechosa puede intentar escapar o no intentarlo; todo intento de fuga constituye una prueba ulterior y obvia de culpabilidad, mientras que si no intenta escapar quiere decir que el diablo desea su muerte.

Como se puede ver de nuevo, el *significado* atribuido a un conjunto de circunstancias dentro de un determinado marco de presupuestos, ideologías o convicciones, construye una realidad en sí misma y la revela como «verdad», por decirlo así. Usando la terminología de Gregory Bateson, se puede decir que éstas son situaciones de doble vínculo, *impasses* lógicos de los que proporciona innumerables ejemplos clínicos, particularmente en su libro *Perceval's Narrative. A Patient's Account of His Psychosis* (1961).

John Perceval, hijo del Primer ministro británico Spencer Perceval, se volvió psicótico en 1830 y permaneció hospitalizado hasta 1834. En los años posteriores a su salida del hospital escribió dos relatos autobiográficos titulados *Narrative,* en los que describe detalladamente su experiencia como paciente psiquiátrico. Citaremos sólo un párrafo de la «Introducción» de Bateson, en la que se refiere a la interacción entre el paciente y su familia:

> [Los padres] no logran percibir su propia maldad más que como justificada por el comportamiento del paciente, y el paciente no les permite percibir que su comportamiento está ligado a su opinión sobre lo que ellos han hecho y están haciendo ahora. La tiranía de las «buenas intenciones» debe ser atendida hasta el infinito, mientras el paciente logra una irónica santidad, sacrificándose a sí mismo, en acciones necias o autodestructivas hasta tal punto que al menos es lícito que cite la oración del Salvador: «Padre, perdónalos porque no saben lo que hacen» (pág. XVIII).

En cualquier caso, la antigua máxima *similia similibus curantur* (las cosas semejantes son curadas por las cosas semejantes) se aplica también a estas situaciones. El ejemplo más antiguo que conozco de la construcción de una realidad

clínica positiva lo transmite Plutarco en su *Moralia* (Goodwin, 1889) y trata del extraordinario éxito de las «autoridades de higiene mental» de la antigua ciudad de Mileto en Asia Menor:

> Un terrible y monstruoso estado mental, originado por alguna causa desconocida, se apoderó de las muchachas milesias. Es muy probable que el aire hubiera adquirido alguna cualidad exaltante y venenosa que las empujaba a ese cambio y alienación de la mente; porque de repente, se vieron asaltadas por un persistente deseo de morir con furiosos intentos de ahorcarse, y muchas lo consiguieron a escondidas. Los argumentos y las lágrimas de los padres y los intentos de persuasión de los amigos no lograron nada, sino que ellas se impusieron a sus guardianes, a pesar de todos los recursos y el esfuerzo de éstos por prevenirlas, y continuaron matándose. La calamidad parecía una maldición divina extraordinaria y por encima de las posibilidades humanas hasta que, con el consejo de un sabio, se promulgó una ley del Senado que decretaba que todas las muchachas que se ahorcaran debían ser transportadas desnudas por la plaza del mercado. La aprobación de esta ley no sólo inhibió sino que anuló completamente su deseo de ahorcarse. Nótese qué gran argumento de buena naturaleza y virtud es este miedo a la deshonra; porque las que no tenían miedo a las cosas más terribles del mundo, el dolor y la muerte, no podían soportar la idea de la deshonra y ser expuestas a la humillación después de la muerte (pág. 354).

Es posible que aquel sabio conociera aquella máxima también antigua de Epicteto, que decía que las cosas en sí no nos preocupan, sino las opiniones que tenemos de las cosas.

Pero éstas son excepciones. En general nuestra ciencia no ha dejado nunca de asumir que la existencia de un nombre es prueba de la existencia «real» de la cosa nombrada, a pesar de Alfred Korzybski (1933) y su advertencia, a saber, que *el nombre no* es *la cosa, el mapa no* es *el territorio.* El ejemplo más monumental de este tipo de construcción de la realidad, al menos en nuestros días, es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), de la American Psychiatric Association. A sus autores hay que reconocerles lo que probablemente sea el éxito terapéutico más grande de todos los tiempos: como reacción a una creciente presión social, ya no han calificado, en la tercera edición, la homosexualidad como un trastorno psiquiátrico, curando así a millones de personas de su «enfermedad» con una tachadura. Pero, bromas aparte, Karl Tomm y su grupo estudian seriamente las consecuencias prácticas y clínicas del uso de términos diagnósticos en el Programa de terapia familiar del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Calgary.

¿Qué conclusiones prácticas y útiles se deducen de todo esto?

Si se acepta que la normalidad mental no se puede definir objetivamente, entonces el concepto de enfermedad mental también es indefinible. Así, ¿qué podemos decir de la terapia?

IMPLICACIONES PARA LA TERAPIA

En este punto debemos dirigir la atención a un fenómeno conocido desde hace mucho tiempo, si bien casi exclusivamente como un conjunto de circunstancias negativas e indeseables: la profecía que se autodetermina. El primer estudio detallado se remonta a la investigación de Russel A. Jones (1974) (y cito el subtítulo de su libro) sobre los efectos sociales, psicológicos y fisiológicos de las expectativas.

Como ya se sabe, una profecía que se autodetermina es una suposición o predicción que, por el solo hecho de haber sido planteada como hipótesis, hace que se realice el acontecimiento esperado o predicho, confirmando de este modo,

recursivamente, su propia «exactitud». El estudio de las relaciones interpersonales ofrece numerosos ejemplos. Por ejemplo, si una persona supone, por el motivo que fuere, que no agrada a los demás, a causa de esta suposición se comportará de un modo tan hostil, tan exageradamente susceptible y sospechoso que producirá justamente en torno a ella el desprecio que esperaba, y esto constituirá para ella la «prueba» de cuánta razón tenía desde el principio.

Un acontecimiento de esta clase se verificó a escala nacional en marzo de 1979, cuando los medios de comunicación de California informaron acerca de una inminente y drástica escasez de gasolina a causa del embargo sobre el petróleo árabe. Como consecuencia, los conductores californianos hicieron lo único que era razonable en aquellas circunstancias: acudieron en masa a las gasolineras para llenar sus depósitos y mantenerlos siempre llenos en la medida de lo posible. Llenar doce millones de depósitos (de los cuales en aquel momento probablemente estaban vacíos el 70 %) agotó las reservas de gasolina —aunque eran abundantes— y provocó la escasez predicha, prácticamente de la noche a la mañana. En las gasolineras se formaban colas interminables, pero el caos concluyó unas tres semanas después, cuando se anunció oficialmente que la cuota de combustibles asignada al Estado de California había sido reducida mínimamente.

Otros estudios ya clásicos son las interesantísimas investigaciones de Robert Rosenthal, particularmente su libro *Pigmalión en la escuela* (Rosenthal y Jacobson, 1968), por no hablar de los muy numerosos estudios sobre los efectos de los placebos, es decir, las sustancias clínicamente inocuas que, a juicio del paciente, son poderosas medicinas recientemente descubiertas. Aunque el efecto placebo era conocido desde los tiempos antiguos y lo explotaron todo tipo de sanadores «espirituales» y otros, no recibió mucha atención en el ámbito científico hasta mediados de nuestro siglo aproximadamente. Según Shapiro (1960), sólo entre 1954 y 1957 se publicaron más artículos de investigación sobre este tema que en los cincuenta años anteriores.

Hasta qué punto una simple convicción o la atribución de determinados significados a las percepciones puede tener un poderoso efecto sobre la condición física de una persona, queda perfectamente ilustrado con un ejemplo que ya hemos presentado en otra publicación (Watzlawick, 1990).

Un especialista en hipnosis muy respetado por sus capacidades y sus éxitos clínicos fue invitado a dirigir un seminario para un grupo de médicos en casa de uno de éstos, donde observó —como él mismo refirió— que «todas las superficies horizontales estaban cubiertas de ramos de flores». Debido a que padecía una fuerte alergia a las flores naturales, casi inmediatamente percibió en los ojos y en la nariz las bien conocidas sensaciones de picor. En ese momento se dirigió al dueño de la casa y le comunicó su problema y su temor de que en aquellas circunstancias no podría dirigir el seminario. El anfitrión manifestó su sorpresa y le pidió que examinara las flores, que eran artificiales; en cuanto lo comprobó, su reacción alérgica desapareció con la misma rapidez con que se había presentado.

Parece que este ejemplo proporciona una prueba clara de que el criterio de la adaptación a la realidad es, después de todo, plenamente válido. El hombre *pensaba* que las flores eran verdaderas, pero en cuanto descubrió que eran sólo de nailon y de plástico, el choque con la realidad resolvió su problema y él volvió a la normalidad.

REALIDAD DE PRIMER Y DE SEGUNDO ORDEN

En este momento se hace necesario trazar una distinción entre dos niveles de percepción de la realidad que generalmente no se distinguen el uno del otro. Debemos diferenciar entre la imagen de la realidad que percibimos a través de nuestros sentidos y el significado que atribuimos a estas percepciones. Por ejemplo, una persona neurológicamente sana puede ver, tocar y oler un ramo de flores. (Por razones de simplicidad pasaremos por alto el hecho de que estas percepciones son también el resultado de construcciones excepcionalmente complejas realizadas por nuestro sistema nervioso central, y también el hecho de que la expresión «ramo de flores» tiene un significado sólo para las personas que hablan castellano mientras que es un conjunto de sonidos o una serie de símbolos escritos carentes de significado para quienes no lo hablan.) Esta realidad se define como *realidad de primer orden.*

No obstante, raramente nos detenemos en este punto. Casi constantemente atribuimos un sentido, un significado y a veces un valor a los objetos de nuestra percepción. Y en este nivel, el nivel de las *realidades de segundo orden*, surgen los problemas. La diferencia crucial entre estos dos niveles de percepción de la realidad es la indicada por el célebre dicho según el cual la diferencia entre un optimista y un pesimista consiste en el hecho de que, ante una botella que contiene una determinada cantidad de vino, el primero afirma que está medio llena y el segundo que está medio vacía. La realidad de primer orden (una botella con una determinada cantidad de vino) es la misma para ambos; pero sus realidades de segundo orden son diferentes y sería totalmente inútil tratar de establecer quién tiene razón y quién está equivocado.

Así pues, en el caso del especialista en hipnosis alérgico, cabe considerar su alergia como un fenómeno que suele tener lugar en el nivel de la realidad de primer orden, es decir, que su cuerpo reacciona de formas habituales y objetivamente verificables ante la presencia de polen en el aire. Pero, como demuestra el episodio relatado, la simple convicción de la presencia de flores (en otras palabras, la construcción de una realidad de segundo orden) puede producir el mismo resultado.

Como ya hemos mencionado al principio, las ciencias médicas poseen una definición razonablemente fiable de los acontecimientos y los procesos de las realidades del primer orden. En el reino de la psicoterapia, por el contrario, nos encontramos en un universo de simples suposiciones, convicciones y creencias que forman parte de nuestra realidad de segundo orden y, por tanto, son construcciones de nuestra mente. Los procesos a través de los cuales construimos nuestras realidades personales, sociales, científicas e ideológicas, que llegamos después a considerar «objetivamente reales», constituyen el ámbito de la moderna disciplina epistemológica llamada *constructivismo radical.*

REALIDAD Y PSICOTERAPIA

Uno de los principios más sorprendentes de esta escuela de pensamiento es probablemente el de que respecto a la realidad «verdadera», sólo podemos saber como máximo lo que *no* es. En otras palabras, sólo cuando nuestras construcciones de la realidad fallan, nos damos cuenta de que la realidad no es como pensábamos

que era. En su *Introducción al constructivismo radical,* Ernst von Glasersfeld (1984) define el conocimiento de este modo:

> El saber es construido por el organismo vivo para ordenar en la medida de lo posible el flujo de la experiencia que de por sí informe sobre experiencias repetibles y las reacciones entre ellas que en cierta medida son de esperar. Las posibilidades de construir semejante orden están siempre determinadas por los casos anteriores en la construcción. Esto significa que el mundo «real» se manifiesta exclusivamente donde fallan nuestras construcciones. No obstante, dado que en cada ocasión podemos describir y explicar el fallo sólo con los conceptos que hemos utilizado para la construcción de las estructuras que después han fallado, este proceso no nos podrá proporcionar nunca una imagen del mundo a la que podamos hacer responsable de su fallo (pág. 35).

Pero estos fracasos, estos fallos con los que nos enfrentarnos en nuestro trabajo, los estados de ansiedad, desesperación y locura, son los que nos asaltan cuando nos descubrimos en un mundo que, gradualmente o de repente, ha quedado privado de significado. Y si aceptamos la posibilidad de que del mundo real se pueda saber con certeza sólo lo que no es, entonces la psicoterapia se convierte en el arte de sustituir una construcción de una realidad que ya no es «adaptada» por otra que se adapta mejor. Esta nueva construcción es ficticia como la anterior, pero nos permite la cómoda ilusión, llamada «salud mental», de ver las cosas como son «realmente» y de estar, por consiguiente, en sintonía con el significado de la vida.

Vista en esta perspectiva, la psicoterapia se ocupa de la *reestructuración* de la visión del mundo del paciente, de la construcción de otra realidad clínica, de causar deliberadamente los acontecimientos casuales que Franz Alexander (1956) llamó «experiencias emocionales correctivas». La psicoterapia constructivista no se engaña pensando que hace que el paciente vea el mundo como es realmente. Al contrario, el constructivismo es totalmente consciente de que la nueva visión del mundo es —y no puede ser de otro modo— otra construcción, otra ficción, pero más útil y menos dolorosa.

Al final de una terapia breve de nueve sesiones, una paciente, una mujer joven, me dijo: «Mi modo de ver la situación era un problema. Ahora la veo de una forma diferente y ya no constituye ningún problema».

A mi juicio, estas palabras son la quintaesencia de una terapia con éxito: la realidad de primer orden ha permanecido necesariamente inalterada, pero la realidad de segundo orden se ha vuelto diferente y soportable.

Y estas palabras nos remiten a Epicteto: «No son las cosas en sí las que nos preocupan, sino las opiniones que tenemos de ellas».

Segunda parte

TÉCNICA DE LA TERAPIA BREVE

INTRODUCCIÓN

Después de haber introducido y tratado los presupuestos teórico-epistemológicos y los modelos lógicos que constituyen la base de la construcción de la intervención estratégica en psicoterapia, podemos pasar a la exposición de los constructos operativos y de las técnicas propias de este enfoque. Como en los capítulos anteriores, se presentan aportaciones de diversos autores que proponen su original modo de practicar y enseñar la terapia breve, tratando de introducir al lector en las diferentes —aunque sean coherentes entre sí— formas de actuar en el arte de resolver problemas complicados mediante soluciones simples.

El primer ensayo, redactado por un estudioso de la retórica y la persuasión, afronta el tema de las características distintivas de la comunicación utilizada en terapia breve, poniendo de relieve que —coherentemente con la lógica de la intervención estratégica— es de tipo «inyuntivo». En otras palabras, se trata de una forma de lenguaje que se propone rodear la inevitable resistencia al cambio, peculiaridad propia de todo equilibrio que se establece dentro de un sistema, incluidas las patologías psíquicas y de comportamiento.

En el ensayo siguiente Jeffrey Zeig, fundador y presidente de la Milton Eirickson Foundation, además de principal alumno de Milton Erickson, comenzando por el constructo hipnótico-ericksoniano de la «utilización», traza las líneas directrices de la aproximación estratégica a la terapia breve, sintetizando, con el estilo sincrético y elástico de Erickson, expresado con su sistematicidad personal, las aportaciones que se derivan de más de treinta años de desarrollo de la terapia estratégica a partir de la contribución esencial de Erickson.

El artículo que sigue, escrito por Paul Watzlawick, representa uno de los hilos de la terapia breve y trata de una de sus técnicas principales, basada en la utilización retórica e hipnótica de la comunicación: la «reestructuración» o habilidad de construir mediante artificios comunicativos una realidad que lleva al paciente a una perspectiva diferente respecto a su problema y lo induce de esta forma a cambiar sus emociones y reacciones a través de una forma sutil de persuasión.

En el cuarto ensayo, John Weakland, colaborador directo de Gregory Bateson y gran maestro de la terapia sistémica y de la terapia breve, por desgracia recientemente fallecido, inspirándose en la concepción de un modelo de terapia basada en los constructos sistémicos pero aplicada a los individuos concretos, expone las líneas directrices fundamentales de la aproximación a la terapia breve del MRI. Después de exponer el modelo, aclara cómo el concepto de interacción subyacente en la aproximación sistémica no puede ser reducido a la interacción entre los miembros de la familia, como tienden a proponer las aproximaciones rígidamente «familiaristas» a la terapia, y presenta ejemplos de situaciones en las que la intervención, aunque sea siempre sistémica, se debe dirigir preferentemente al sujeto concreto.

Steve de Shazer, autor internacionalmente reconocido como uno de los más creativos y destacados investigadores de este campo, presenta, en el ensayo siguiente, la evolución del modelo de terapia breve elaborado por él y sus colaboradores en el centro de Milwaukee, y definido como *Brief Solution Oríented* Therapy (BSOT), poniendo de relieve sus aspectos originales teórico-aplicativos, así como también su origen ericksoniano y las influencias del modelo de terapia breve del MRI.

Geyerhofer y Komori, dos estudiosos —austríaco el primero y japonés el segundo— que se formaron en el MRI de Palo Alto y en el Brief Family Therapy Center (BFCT) de Milwaukee, presentan en su artículo un intento de síntesis entre las tradiciones de Palo Alto y la de Milwaukee, es decir, entre el modelo definido como *problem oriented* y el modelo *solution-*

oriented, mostrando que su integración no sólo es posible, sino que incrementa la eficacia y la adaptabilidad de la terapia.

Cloé Madanes, considerada actualmente la figura de mayor relieve de la terapia breve estratégica, presenta en su escrito la última evolución de la aproximación estratégica, fruto de su colaboración con Jay Haley. Con la creatividad y la originalidad que siempre la han distinguido, Madanes presenta toda una serie de técnicas terapéuticas innovadoras para el tratamiento de situaciones clínicas concretas. Esta aportación, junto a la que sigue, redactada por Giorgio Nardone, ofrece la evolución de la terapia breve estratégica de modelo general a formas específicas de intervención sobre patologías concretas, un proceso que ha llevado, como ponen de manifiesto las investigaciones, a un notable incremento de la eficacia y la eficiencia de la terapia, reforzando además la sistematicidad y el rigor metodológico de la aproximación estratégica a la terapia misma, sin reducir por ello las características de inventiva y elasticidad. La elaboración de técnicas y protocolos específicos de tratamiento, basados en la aproximación de Madanes a la tradición de la terapia estratégico-familiar, y en la de Nardone a una evolución estratégico-constructivista del modelo del MRI, expresan, efectivamente, una forma de desarrollo en la dirección de una síntesis más avanzada entre creatividad y rigor metodológico.

Como resultará claro para el lector, la moderna terapia breve estratégica (Nardone y Watzlawick, 1990) es una aproximación que evita toda rigidez de *setting;* por consiguiente, la terapia se pude aplicar tanto al individuo corno a la pareja o a la familia. La elección de la unidad terapéutica depende de la valoración sobre cuál es la palanca más ventajosa para inducir el cambio de la persistencia patológica específica presentada por el paciente. En otras palabras, se ha mostrado que existen patologías para las cuales una aproximación individual resulta más eficaz y eficiente —por ejemplo, las fobias y obsesiones (Nardone, 1993) — otras para las cuales parece más indicada una intervención directa sobre todo el núcleo familiar — como es el caso de las supuestas psicosis y la anorexia— y finalmente otras en las que la intervención preferente se dirige a la pareja —como los problemas matrimoniales y las patologías infantiles.

Todo esto quiere decir que la terapia breve estratégica evolucionada ha superado, tanto desde el punto de vista epistemológico como desde el pragmático, los límites de las teorías en las que se inspiró, y se presenta como una aproximación que se constituye siempre sobre la base de los objetivos que hay que alcanzar y no siguiendo las huellas de una teoría que hay que defender.

6. EL LENGUAJE QUE CURA: LA COMUNICACIÓN COMO VEHÍCULO DE CAMBIO TERAPÉUTICO*

Giorgio Nardone

> [...] un discurso que haya persuadido a una mente obliga a dicha mente no sólo a creer lo dicho sino también a consentir los hechos.
>
> *GORGIAS, Elogio de Helena, 12*

En 1930 los periódicos austríacos dieron la noticia de un acontecimiento concreto sucedido en una pequeña ciudad situada junto al Danubio: «Un joven con intenciones suicidas se lanzó al río desde un puente. Un policía, atraído al lugar del dramático suceso por los gritos de los presentes, en lugar de desnudarse y tirarse al agua para ayudar al joven, agarró el fusil y apuntó contra el aspirante a suicida gritando: "Sal de ahí o le disparo". El joven salió del agua renunciando al suicidio (Nardone, Watzlawick, 1990, pág. 65)

Nos parece que esta extraña anécdota es una buena forma de introducir el tema de las relaciones que median entre los procesos de persuasión y los procesos de cambio en psicoterapia. De acuerdo con Jerome Frank (1973), sostenemos que la psicoterapia en todas sus formas se basa fundamentalmente en los procesos de implícita o explícita persuasión que recurren a formas de retórica específicas según la aproximación teórico-aplicativa de referencia.

El policía de la anécdota, sin conocer a Gorgias, Pascal, Erickson u otros grandes maestros de la persuasión en la historia, realizó espontáneamente un procedimiento, en concreto una prescripción paradójica. que persuadió al aspirante a suicida, el cual cambió sus intenciones y acciones, En términos clínicos, efectuó una verdadera intervención terapéutica no tan diferente de las realizadas en algunas formas de psicoterapia, dentro de las cuales los profesionales, mediante sus técnicas específicas, tratan de cambiar las disposiciones emotivas, cognitivas y *de* comportamiento que sostienen las patologías de sus pacientes.

Por lo demás, desde la Antigüedad se recomendaban la retórica y la persuasión como vehículos para producir cambios en los individuos y en las masas. Por el contrario, la evolución de la psiquiatría y la psicoterapia modernas excluyó durante casi un siglo todo lo que podía ser entendido como persuasión o «manipulación» del ámbito de las intervenciones sobre la psique y sobre el comportamiento humano. Esta censura, desde nuestro punto de vista, era necesaria para la afirmación de la particular teoría psicodinámica en la que la relación terapeuta-paciente se debía caracterizar obligatoriamente por una retórica platónico-aristotélica *basada,* en los postulados de la «verdad, sinceridad, lealtad, honradez y compasión emotiva» (Grümbaum, 1984; Gellner, 1985). Como si fuese posible ayudar a alguien sin influir en él, o como si la influencia personal deliberada fuese un pecado original del que los terapeutas deberían emanciparse.

En cambio, las investigaciones de los veinte últimos años sobre los procesos terapéuticos y sobre su eficacia y eficiencia muestran realidades decididamente alternativas (De Shazer y otros, en este volumen; Nardone, 1991; Paguni, 1993; Sirigatti, 1994; Bloom, 1995) a las

formuladas por las posiciones psicodinámicas tradicionales. En efecto, el estudio de los procesos comunicativos que llevan a las «curaciones» indica que, sea cual fuere el estilo retórico y conceptual utilizado por el terapeuta, éste no puede evitar ser en todo caso un «persuasor» consciente o inconsciente (Frank, 1973; Haley, 1973; Nardone y Watzlawick, 1990; Canestrari y Cipolli, 1991).

En los últimos años la mayoría de los autores están de acuerdo en sostener que el objetivo de una psicoterapia es el de conducir al «paciente» a cambiar su modo de percibir, elaborar, interpretar y comunicar la realidad (Simon, Stierlin y Wynne, 1985), de tal forma que pase de una relación disfuncional a una relación funcional. Sobre la base de esta constatación, parece natural que las disciplinas, interesadas desde hace siglos de forma específica por las modalidades que inducen esos cambios, asuman un papel determinante dentro del ámbito específico de la psicoterapia. En efecto, en los últimos decenios se presta una atención cada vez mayor a los estudios aplicativos y a las investigaciones clínicas orientadas a definir con precisión modelos de intervención terapéutica capaces de utilizar los aspectos persuasivos de la comunicación como elemento fundamental de la terapia (Watzlawick y otros, 1967; Watzlawick y otros, 1974; Haley, 1973, 1976, 1985; Watzlawick, 1977; Erickson, 1980; Madanes, 1981, 1984; De Shazer, 1985, 1991, 1994; Nardone y Watzlawick, 1990; Nardone, 1991, 1993, 1994b).

También desde un punto de vista ético, la posición de los terapeutas está cambiando con respecto a la tradicional del rechazo dogmático frente a las intervenciones terapéuticas «manipuladoras». Este hecho indica que se siente cada vez con más fuerza la exigencia de responder de la forma más eficaz a las demandas de los pacientes; por eso el recurso a técnicas de comunicación persuasiva y de influencia personal ya no se ve como un comportamiento «no ético», sino más bien como una competencia terapéutica y profesional útil.

RETÓRICA Y PROCESOS DE PERSUASIÓN EN PSICOTERAPIA

De acuerdo con Elster (1979), sostenemos que las grandes escuelas modernas de retórica y persuasión son dos: la que nació con Descartes, de matriz aristotélico-racionalista, y la que nació con Pascal, de naturaleza sofística y sugestiva. Encontraremos estas dos escuelas de retórica de la persuasión, como veremos, también dentro de los modelos de comunicación terapéutica, porque cualquier tipología del lenguaje que pretenda producir cambios utiliza una retórica específica y propia, a menudo coherente con sus presupuestos teóricos sobre las formas de producir los efectos deseados. Por consiguiente, parece evidente que la tipología retórica utilizada en el proceso terapéutico es, junto a la teoría y la lógica de la intervención (de las que hemos tratado anteriormente), un rasgo distintivo del enfoque utilizado como vehículo de la influencia interpersonal, directa o indirecta, que lleva al paciente al cambio. Para aclararlo mejor, es útil una breve digresión sobre los dos modelos fundamentales de retórica.

Descartes sostiene una posición retórica racionalista que fundamenta el proceso de persuasión en la demostración intelectual razonable. En otras palabras, la argumentación y la demostración racional, basada en la lógica aristotélica de «verdadero y falso», del «tercero excluido» y del principio de «no contradicción», se convierte en el quicio de la persuasión. Se considera que cuando se consigue que la persona conozca lo «verdadero» y evite las contradicciones —y sea coherente con tales presupuestos—, el proceso de persuasión está realizado. No obstante, Descartes añade que al cambio del entendimiento debe seguir el cambio del comportamiento y de los hábitos; pero advierte

que a veces los hábitos están tan arraigados que son como un autómata dentro de nosotros. Para corregir y reeducar al «autómata que hay dentro de nosotros», debemos perseverar con la vigilancia del entendimiento sobre el comportamiento hasta que, a través del ejercicio de nuevos hábitos, los viejos sean sustituidos. Lo que antes era espontáneo es sustituido por la repetición de nuevos comportamientos guiados por el entendimiento. En otras palabras, Descartes afirma que en lo referente a los hábitos mentales y comportamentales arraigados, la forma eficaz de corrección es la que pasa por una modificación de la conducta conseguida con la reiteración estrictamente vigilada de la racionalidad. Por tanto, también en este caso el predominio aparente del comportamiento sobre la racionalidad subyace en el papel del entendimiento como guía del cambio.

Pascal, por el contrario, parte de una posición sugestiva no racionalista y decididamente más pragmática que la de Descartes, y escribe:

> Cuando se quiere corregir de forma útil a alguien y mostrarle que se equivoca, antes conviene observar de qué lado ve él la cosa —porque si la vemos desde ese lado es verdadera— y reconocer su verdad, pero, al mismo tiempo, mostrarle por qué aspecto es falsa. Entonces se quedará contento, porque verá que no se engañaba y que su error estaba sólo en que no veía todos los aspectos de la cosa. Ahora bien, ninguno de nosotros se enoja por no ver el todo; lo que no queremos admitir es que nos engañamos; y esto quizá dependa del hecho de que naturalmente el hombre no lo puede ver todo, ni naturalmente engañarse acerca del aspecto desde el que considera una cosa. Así, por ejemplo, las percepciones de los sentidos son siempre verdaderas (2 [6], pág. 9).

Citando de nuevo a Pascal, podemos darnos cuenta mucho mejor de cómo su retórica se fundamenta en sutiles estratagemas comunicativas que orientan las percepciones del interlocutor en la dirección deseada por el «persuasor»:

> Los ejemplos a lo que se recurre para probar otras cosas, si se quisiese probarlas, conllevarían tomar aquellas cosas para hacer que sirvieran de ejemplo; porque, siendo opinión común que la dificultad está en lo que se quiere probar, se descubre que los ejemplos son más claros y sirven para la demostración.
>
> Así, si hay que demostrar una tesis general, convendrá dar la regla concreta de cada caso. Y viceversa, si hay que demostrar una tesis concreta, conviene empezar por la regla general. En efecto, lo que hay que demostrar parece siempre oscuro, y claro aquello a lo que se recurre para probarlo. Porque, cuando se propone algo que hay que demostrar, se parte siempre del presupuesto de que es oscuro y de que, por el contrario, es claro lo que sirve para demostrarlo, y así se entiende fácilmente (2 [14], pág. 40).

Volviendo al ámbito de la psicoterapia, si utilizamos los modelos de persuasión preferentemente basados en posiciones retóricas cartesianas, tendremos psicoterapias *racionalistas y demostrativas*, en cambio, si el modelo retórico utilizado es preferentemente sofístico y pascaliano, tendremos psicoterapias *inyuntivas y sugestivas*.

Veamos ahora la diferencia entre estos dos modelos. En el primer caso se piensa que el cambio es efecto de un proceso de persuasión gradual basado en el crecimiento directo e indirecto de la autoconciencia durante el tratamiento, un proceso definido como *insigh*t: «Allí donde está el ello estará el yo», en la formulación freudiana. Éste es el caso de casi todas las formas actuales de psicoterapia, como veremos más adelante. Por el contrario, en el segundo caso se piensa que la conciencia es el efecto del cambio; con las sugestiones y las estratagemas retóricas se pretende inducir al sujeto para que las ejecute o las comparta en el momento en que está obligado a hacerlas operativas; este proceso termina induciéndolo, mediante emociones o experiencias concretas, a verse a sí mismo y al mundo con ojos diferentes, es decir, lo lleva a nuevas formas de conciencia. Éste es el caso de las terapias estratégicas.

En otras palabras, la retórica de las psicoterapias de tipo cartesiano considera indispensable que sea una conciencia modificada y ampliada la que da vida al cambio, mientras que en las psicoterapias de tipo pascaliano la transformación de convicciones y comportamientos es efecto de estrategias que, rodeando los sistemas representacionales del paciente, hacen que construya, sin ser inmediatamente consciente, acciones, percepciones y cogniciones que producen el cambio. Las estratagemas y los artificios comunicativos constituyen la esencia retórica del segundo tipo de terapia.

Como veremos en detalle, la diferencia indicada es la línea de separación entre la retórica de las psicoterapias tradicionales a largo plazo y la de las psicoterapias modernas focalizadas en la solución de los problemas en tiempos breves; cada modelo posee una retórica propia coherente con la posición lógica y epistemológica asumida.

No obstante, no hay que olvidar un elemento de fondo del análisis de los proceso de persuasión en psicoterapia: el terapeuta, el ejercicio de su papel profesional, es visto en cualquier caso por el paciente como el experto, el «doctor», el que tiene el poder de la curación. Esto le confiere, desde el primer contacto con el paciente, un poder sugestivo, que puede decidir conscientemente aprovechar o no para conseguir el éxito de la terapia, pero que en cualquier caso actúa. En efecto, será él quien dirija la terapia, también en los planteamientos que se definen como *no directivos*, por ejemplo el psicoanalítico y el rogeriano. La dirección del tratamiento es siempre una responsabilidad ética del terapeuta. Más allá de la ética, el hecho mismo de que sea calificado como «sanador» crea un marco sugestivo-persuasivo. En efecto, sea cual fuere su comunicación, quien se dirige a él para pedir ayuda la considerará más importante que la que puede recibir de otras personas «comunes».

Además, aunque su planteamiento se basa en afirmaciones construidas racionalmente, como sucede en el psicoanálisis y en el cognitivismo, el terapeuta se sirve, consciente o inconscientemente, para obtener la complacencia del paciente, de formas de comunicación persuasiva en las que su papel exalta el efecto de lo que dirá. Para

PROCESOS DE PERSUASIÓN Y MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS

Para comprender de forma más clara que es inevitable el recurso a formas persuasivas en los procesos psicoterapéuticos parece útil, en este punto, una breve digresión sobre los modelos específicos de psicoterapias y sus características retóricas y persuasivas peculiares.

La terapia psicoanalítica, cuyo presupuesto es que la psique y el comportamiento del hombre están determinados por sus pulsiones internas, se centra en los procesos intrapsíquicos, y pone el acento en lo que está *detrás y debajo del síntoma* manifiesto, según un modelo de causalidad lineal por el cual el presente sólo se puede comprender a partir del pasado. El objetivo de la terapia es la reconstrucción histórica, el logro de un *insight* que, aclarando al paciente el origen de su neurosis, le permite superarla, abriendo el camino a la madurez entendida como adaptación a las situaciones de la vida.

Para obtener tal comprensión, la psicología dinámica utiliza técnicas diversas, cuyos frutos se sintetizan en el trabajo de interpretación desarrollado por el psicoanalista y del que se hace partícipe al paciente progresivamente, junto al lenguaje del análisis, naturalmente. Esto comporta un progresivo *indoctrinamiento* cartesiano del paciente, cuya «curación» tiene lugar paralelamente al aprendizaje del léxico psicoanalítico y del modo en que se aplican los principios de la hermenéutica psicoanalítica al material que él aporta al análisis. Las

objeciones al éxito del trabajo del terapeuta son definidas como *resistencias* e interpretadas del mismo modo que el resto del material inconsciente. Todo el trabajo de análisis se desarrolla en una atmósfera adecuada para permitir la realización de la transferencia. Pero, ¿qué es la transferencia sino una intensa relación sugestiva? De hecho, la fuerte relación emotiva-afectiva que se establece entre el psicoanalista y psicoanalizado hace que el paciente asuma que las interpretaciones ofrecidas por el «doctor» son verdades, absolutas y cristalinas. No es casual que Gellner (1985) defina el psicoanálisis como «la más eficaz de las formas modernas de reencantamiento», refiriéndose al hecho de que esta disciplina da por supuesto que comprende y controla toda la vida psíquica de los individuos. En síntesis, este planteamiento se presenta como una dirección cartesiana dentro de la cual todo se racionaliza a la luz de un modelo intelectual que guía rígidamente no sólo las acciones humanas sino también sus dinámicas inconscientes. Por otra parte, la terapia se desarrolla en la práctica de una forma muy semejante a un ritual iniciático-religioso en el que los procesos de persuasión son el quicio de la acogida de la «fe».

Según el planteamiento estrictamente *conductista*, el hombre es un animal que aprende reaccionando a los estímulos del ambiente. Puesto que su condición actual es el resultado de una compleja seria de aprendizajes, se podrá cambiar sólo modificando los *input* ambientales y realizando así una secuencia de contraaprendizajes oportunamente preestablecida. Éstos son regulados por el mecanismo de las contingencias de refuerzo, por lo cual en la práctica los procedimientos usados se pueden configurar como formas diversas de *training,* es decir, adiestramientos en los que un vínculo asociativo no deseado es sustituido progresivamente por otro más funcional, reforzado, todo ello según un proceso persuasivo que es manifiestamente una variante del cambio cartesiano del «autómata dentro de nosotros» mediante su reeducación comportamental. En los procedimientos comportamentales el proceso de persuasión, efectivamente, avanza en sentido contrario al del proceso psicoanalítico, porque del comportamiento se va al intelecto y no viceversa; los cambios de comportamiento guiados por el entendimiento del terapeuta, conducen a cambios en el entendimiento del paciente. Sin embargo, tanto en el caso del conductismo como en el del psicoanálisis, y también en el del cognitivismo, como veremos, el proceso de persuasión procede mediante una gradual adquisición de conciencia por parte del sujeto que está cambiando (*insight*).

Siguiendo estos pasos, racionalistas y catersianos, se mueve el planteamiento *cognitivista*, que amplía el campo del examen del comportamiento manifiesto al análisis de las propiedades estructurales de las organizaciones cognitivas. Aunque no se trate de una orientación unívoca, sus variantes presentan como factor común la imagen de un hombre que no sufre pasivamente las estimulaciones ambientales, sino que actúa en cierto modo como científico, según planos predeterminados por él mismo. Así pues, el objetivo de la terapia es el de obtener, a través de un proceso de reestructuración gradual, una suerte de «revolución científica» que conduzca al paciente de la teoría vieja a otra nueva, pasando tanto a través del trabajo de análisis y los «experimentos» guiados por el terapeuta como a través de «conjeturas *y* refutaciones». Los procedimientos aplicados se deducen en parte del repertorio conductista y en parte hacen referencia a técnicas específicamente cognitivas *(stress inoculation training, stop del pensamiento, técnicas semánticas, críticas de las evidencias) y* basadas en el debate lógico *(desdramatización, reatribución causal).* El proceso de persuasión, basado fundamentalmente en categorías lógico-racionales y en el cambio de las estructuras cognitivas y comportamentales del paciente, es considerado como el efecto de un proceso de refutación que tiende a

la resolución de las propias contradicciones internas Una vez más, Descartes *docet.* No obstante, algunos autores cognitivistas (Reda, 1986; Guidano, 1987; Mahoney, 1991) sostienen que la *calidad de la relación terapéutica* es decisiva en el proceso que permite al paciente elaborar un cambio de la descripción de sí mismo (obviamente, en relación con las técnicas usadas); esta convicción conduce a tales autores a considerar seriamente, como instrumentos para el incremento de la eficacia, elementos de comunicación sugestiva decididamente más cercanos a un modelo retórico sofístico y pascaliano.

Según Rogers, el principal representante y estudioso de la *terapia centrada en el cliente,* el individuo tiene la capacidad de comprenderse que necesita para solucionar sus propios problemas, y al terapeuta sólo le corresponde la tarea de proporcionar las condiciones para que eso suceda. El procedimiento, por tanto, consiste en *centrar la terapia en el cliente* mediante una técnica fundamental, la del *mirroring:* el terapeuta *actúa,* como *espejo para* el paciente, reflejando, sin el mínimo recurso a interpretaciones o valoraciones, lo que el paciente expresa, tanto en términos cinéticos como en términos verbales. La investigación sobre la comunicación no verbal de los últimos años (Patterson, 1982) muestra cómo el *mirroring* es uno de los actos persuasivos más eficaces. Aunque no se declare explícitamente, la técnica de fondo de la aproximación no directiva resulta ser un *concreto* proceso de persuasión basado en un modelo retórico de tipo pascaliano. «El *counsellor* [consejero] debe observar también aquellos indicios sutiles —como la expresión facial, el tono de voz, la postura y el gesto—, que amplían o quizá contradicen los significados verbales, o que apuntan a los sentimientos o a los significados subyacentes» (Hammond, 1990, pág. 4). En la práctica, el proceso se traduce para el paciente en la experiencia emotiva fuerte de ser aceptado incondicionalmente no sólo en los sentimientos superficiales, sino también en su significado «dinámico» (Rogers, 1975); tal vínculo *empático* facilita la activación de las capacidades positivas presentes en el paciente. La empatia como constructo de comunicación es reconocida como el acto de persuasión más básico; por tanto, también el modelo de terapia menos directivo aparece, en un análisis atento, basado en técnicas de persuasión.

En el mismo período histórico en el que Rogers estaba formulando su modelo de terapia no directiva, un extraño personaje realizaba psicoterapias no ortodoxas basadas en estrategias sugestivas y en una «suave» directividad; era Milton Erickson, convertido después en un verdadero «gurú» para varias generaciones de hipnoterapeutas y terapeutas sistémicos y estratégicos. De sus métodos empíricos se derivan múltiples técnicas terapéuticas idóneas para el tratamiento tanto del individuo como de la familia (Haley, 1967, 1973, 1985). Erickson, especialista en hipnosis muy famoso, fue probablemente el primer terapeuta que utilizó deliberadamente la sugestión y la comunicación *inyuntiva* como instrumentos terapéuticos sistemáticos; en otras palabras, introdujo deliberados procesos de persuasión dentro del equipo psicoterapéutico, poniendo de manifiesto su eficacia y eficiencia clínica. Además, al definir la hipnosis como un fenómeno comunicativo y psicosocial, experimentó toda una serie de técnicas de de comunicación hipnótica utilizables en la psicoterapia para inducir a los pacientes a tener nuevas experiencias emotivas y comportamentales capaces de romper las patologías. En la perspectiva ericksoniana los cambios terapéuticos, a fin de cercar la resistencia, se deben producir inicialmente sin que el paciente se dé cuenta, para explicitarlos después una vez que

se han instaurado, convirtiéndose así en vehículo para cambios ulteriores. Es más, *afirmaba* que la *resistencia* del paciente no debe ser *interpretada* sino *utilizada* en clave estratégica; esto indica que Erickson, partiendo del estudio de los fenómenos hipnóticos, llegó a asumir una posición que estaba perfectamente de acuerdo con la retórica sugestiva de Pascal.

Erickson no formuló un modelo propio de psicoterapia: probablemente era una persona mucho más orientada a la práctica clínica que a la teoría, pero afortunadamente fue objeto del estudio atento de muchos investigadores desde un punto de vista tanto psicodinámico como sistémico. No obstante, por lo que respecta a nuestras argumentaciones, es significativa la parte de la obra de Erickson que trata sobre el estudio y la elaboración precisa de técnicas terapéuticas «inyuntivas». Estas técnicas se basan en la utilización de un lenguaje hipnótico dirigido a producir procesos persuasivos estratégicos capaces de guiar a los pacientes al cambio de sus disposiciones emotivas y comportamentales. En esta orientación se implicaron Jay Haley y John Weakland, miembros del equipo de investigación sobre la comunicación dirigido por Gregory Bateson; durante dieciocho años se dedicaron al trabajo emprendido por Erickson, y sobre esta base llegaron a la formulación del modelo *estratégico* de psicoterapia breve.

Antes de ilustrar dicho modelo será oportuno —por la continuidad histórica y la significación teórica con respecto a las aproximaciones terapéuticas asumidas por la retórica pascaliana— detenerse en la aportación prestada en esta dirección por el grupo de estudio de Bateson y el grupo del MRI de Palo Alto. Bateson sistematizó, en el nivel teórico y en el aplicativo, las propiedades de la comunicación relativas al *mensaje* y a la *relación,* es decir, las características *digitales* y *analógicas* del lenguaje en todas sus formas. Así pues, a él y a su grupo de investigadores se les debe el fecundo empuje de la cibernética (Ashby, 1954, 1956; Wiener, 1967, 1975) y la teoría del «doble vínculo» (Bateson y otros, 1956; Bateson y Jackson, 1964; Bateson, 1967), dos direcciones que han conducido a la formulación de la *terapia de la comunicación y* al análisis de la familia en clave *sistémica.* La síntesis magistral de todo este planteamiento se debe a Paul Watzlawick, que en su *Pragmática de la comunicación humana* (Watzlawick y otros, 1967), expone en detalle los aspectos teórico-aplicativos de las investigaciones del grupo de Palo Alto sobre la comunicación e indica sus aspectos puramente pragmáticos, lo cual en otras palabras, indica el poder inyuntivo y persuasivo de la comunicación y su posible utilización terapéutica.

La evolución de este planteamiento terapéutico *(la terapia sistémica)* basado en los aspectos pragmáticos de la comunicación se ha orientado después hacia la definición de un modelo terapéutico que sintetizase las aportaciones más exquisitamente *sistémicas* con las más *estratégicas* (Haley, 1973, 1976; Watzlawick y otros; 1974; Weakland y otros, 1974; Rabkin, 1977; Madanes, 1981, 1984). En esta innovadora formulación de terapia breve los procesos sugestivos de persuasión desempeñan el papel clave: el constructo del rodeo de la resistencia al cambio es formulado mediante estratagemas comunicativas capaces de romper el círculo vicioso de los *intentos de solución disfuncionales* realizados por el paciente. El constructo básico es el relativo al hecho de que los problemas clínicos son mantenidos y alimentados por lo que los pacientes hacen por resolverlos; así pues, el objetivo terapéutico consiste en cambiar dichos *intentos de solución* disfuncionales por soluciones funcionales. Para obtener este resultado se debe

llevar al paciente —como dirían los antiguos chinos— a «surcar el mar sin que lo sepa el cielo» por medio del «arte de las estratagemas», o sea, a cambiar sin darse cuenta de que cambia. El terapeuta, en la perspectiva de producir cambios rápidos y efectivos, asume la responsabilidad de ejercer una influencia concreta en el comportamiento y las disposiciones del paciente. Es lo que Pascal ya describió en muchos de sus *Pensamientos,* y lo que mucho antes los sofistas pusieron en práctica en sus «realizaciones retóricas».

La síntesis de este modelo y estas técnicas se debe también a Watzlawick (Watzlawick y otros, 1974; Watzlawick, 1977), el cual, en dos obras distintas expresa tanto el modelo como las técnicas precisas de comunicación *inyuntiva* (persuasiva) propios de la *terapia breve estratégica*. A finales de la década de 1980, esta perspectiva terapéutica basada en el uso liberado de la inyunción y la persuasión, evolucionó en la dirección de modelos avanzados de terapia breve basados en procedimientos sistemáticos y en la de la elaboración precisa de formas de comunicación específicas para las tipologías particulares de trastorno (De Shazer, 1985, 1991, 1994; Nardone y Watzlawick, 1990; Nardone, 1991, 1993; Cacle y O'Harilon, 1993; Omer, 1994).

Esta tendencia indica que los procesos de persuasión y las técnicas adecuadas para provocarlos, después de decenios de censura, han asumido finalmente plena dignidad dentro de la psicoterapia, y que su utilización sistemática dentro de rigurosos modelos terapéuticos ha llevado a un gran incremento de su eficacia y eficiencia (Garfield, Prager y Berlin, 1971; Garfield, 1981; Sirigatti, 1988, 1994; Nardone y Watzlawick, 1990; Talimon, 1990; De Shazer, 1991; Nardone, 1991,1993).

PARA UNA LÓGICA DE LA PERSUASIÓN EN TERAPIA

> Las palabras son acciones.
> L. WITTGENSTEIN, *Pensamientos diversos*

El estudio de las interacciones entre terapeuta y paciente, en la perspectiva de una evolución de la psicoterapia hacia modelos de intervención cada vez más rigurosos, eficaces y eficientes, lleva a destacar la importancia fundamental de las técnicas y las tácticas de persuasión como instrumentos terapéuticos importantes. De ello se sigue la exigencia de estudios aplicativos, tanto empíricos como teóricos, que sistematicen su utilización. Como ya hemos visto, existen algunos modelos incipientes de terapia breve estratégica dentro de los cuales, siguiendo los pasos de las aportaciones de los estudios sobre la comunicación y el *problem solving,* se han sistematizado formas de intervención basadas de manera explícita en el recurso a técnicas de comunicación persuasiva o a formas de «manipulación» directa o indirecta. No es casual que tales modelos hayan logrado las mayores aportaciones de investigación sobre los procesos de persuasión y de influencia interpersonal, no tanto de la tradición clínica y psicoterapéutica como de la psicología social y sus diferentes sectores aplicativos (Moscovici, 1967, 1972, 1976; Cialdini, 1984; Zimbardo, 1993), así como también de los modelos de la lógica matemática moderna.

Actualmente se puede observar cómo la investigación aplicativa sobre los procesos de influencia y persuasión en psicoterapia comienza a tener

fundamentos propios y a ofrecer indicaciones precisas a los psicoterapeutas; las resumiremos esquemáticamente empezando por poner de relieve las tipologías de proceso persuasivo que surgen del estudio de los diversos planteamientos terapéuticos. Cabe resumir tales tipologías en algunas categorías de acción terapéutica, que se refieren a los dos modelos retóricos tradicionales utilizados en la práctica clínica con modalidades decididamente antitéticas.

1. La orientación retórico-persuasiva de las terapias racionalistas y psicodinámicas está basada en estos puntos:

— etiquetado diagnóstico propio del modelo asumido;
— adoctrinamiento teórico-comportamental;
— estructuración del proceso terapéutico a través de fases rígidas y ritos de paso e iniciación.

2. La orientación retórico-persuasiva de las terapias breves estratégicas está basada en estos otros puntos:

— asunción del lenguaje, de la «posición» del paciente y de su «visión» del mundo;
— utilización de múltiples técnicas de comunicación persuasiva en la sesión (sugestiones directas o indirectas, uso de lenguajes metafóricos, actitudes y comportamientos no verbales, comparaciones cognitivas, «dobles vínculos» y paradojas comunicativas, uso de la metáfora, técnicas sugestivas de comunicación no verbal);
— inyunciones de comportamientos que se han de realizar fuera de las sesiones (prescripciones comportamentales directas, indirectas y paradójicas).

Es evidente que la primera orientación prevé que el cambio sea lento y gradual, de acuerdo con una forma de persuasión basada en el convencimiento racional; se trata, por tanto, de una retórica idónea para las terapias a largo plazo. La segunda orientación, marcadamente pragmática y orientada a efectos rápidos de persuasión e influencia interpersonal, resulta idónea para las terapias breves y focalizadas.

Una vez mostradas estas diferencias fundamentales entre la retórica de la persuasión de la terapia breve estratégica y la de otras formas de terapia racionalistas —tradicionales o modernas—, desearíamos concluir ofreciendo al lector una especie de clasificación de los procesos de influencia y técnicas de persuasión que se deben utilizar según el tipo de resistencia al cambio detectada en el paciente.

1. Frente a pacientes *que colaboran* —o que no se oponen ni descalifican—, con una marcada motivación para el cambio asociada a recursos cognitivos reales, la tipología retórica y de persuasión idónea para guiarlos hacia el cambio y la solución de los problemas ha sido la de tipo racional-demostrativo. Su núcleo consiste en proceder, de forma cartesiana, a *redefinir de* manera lógico-racional las disposiciones emotivas, cognitivas y comportamentales del

paciente hasta llevarlo al cambio *consciente* (Reda, 1986; Guidano, 1987; Domenella, 1991). Lamentablemente, el número de pacientes a quienes se puede aplicar con resultados satisfactorios la retórica racionalista es sin duda poco consistente.

2. Frente a pacientes que *quieren ser colaboradores pero no pueden serlo,* que tienen una gran motivación y necesidad de cambiar, pero no lo consiguen ni siquiera mínimamente (como en el caso de las sintomatologías fóbicas y obsesivas agudas en las que los pacientes quieren cambiar pero no lo consiguen porque están turbados o bloqueados por su sintomatología), la estrategia que ha resultado más idónea se basa en maniobras veladas, indirectas y con gran *carga* de sugestión, dirigidas a conducir al sujeto a cambiar sin que se dé cuenta (Nardone y Watzlawick, 1990; Nardone, 1991, 1993). No se puede pedir a quien está preso del miedo que lo venza racionalmente, pero es posible llevarlo por medio de estratagemas terapéuticas (prescripciones sugestivas indirectas y trampas comportamentales) a experimentar situaciones de libertad concreta del miedo en condiciones vividas anteriormente como aterradoras. En otras palabras, se utiliza la estratagema de «surcar el mar sin que lo sepa el cielo» para producir la *experiencia emocional correctiva* (Alexander y French, 1946; Erickson, Rossi y Rossi, 1979; Watzlawick, 1990). Después de tal maniobra pascaliana, el proceso terapéutico podrá volver a aplicar criterios más cartesianos y racionalistas, de forma que guíe al sujeto a la recuperación consciente de sus recursos emotivo-cognitivos y de sus competencias comportamentales.

3. Frente a pacientes *que no colaboran* o *se oponen* abiertamente, que descalifican al terapeuta y no observan deliberadamente sus indicaciones, la modalidad retórico-persuasiva que se ha mostrado eficaz es la que se basa en la *utilización de la resistencia* y en el recurso a maniobras y *prescripciones paradójicas.* La *prescripción* de la resistencia al cambio sitúa al sujeto que se opone en la condición paradójica de cumplir de todas formas las indicaciones del terapeuta: si continúa oponiéndose a la terapia, cumple las prescripciones; si se opone a las prescripciones, satisface la terapia. La resistencia, prescrita, se convierte en cumplimiento (Watzlawick y otros, 1967; Watzlawick y otros, 1974; Watzlawick, 1977). También en este caso, después de los primeros resultados terapéuticos fundamentales, obtenidos mediante un proceso de influencia y persuasión basada en la paradoja (retórica sofística), se procederá a una *redefinición* cartesianamente cognitiva del proceso terapéutico.

4. Frente a pacientes *que no son capaces de colaborar ni de oponerse* deliberadamente, que presentan una «narración» de sí mismos y de sus problemas fuera de toda realidad razonable (delirios, manías persecutorias, etc.), el terapeuta, siguiendo la orientación de Pascal y con Erickson, deberá entrar en la *lógica de la representación delirante,* asumir sus códigos lingüísticos y de atribución, evitando toda negación y descalificación de tal construcción disfuncional de la realidad. Por el contrario, deberá *seguir las huellas* de esta *narración* y *añadir* otros elementos a la narración del paciente, elementos que, aunque no nieguen las representaciones, las reorientan en una dirección diferente. La nueva dirección introducida por el terapeuta en la dinámica mental del paciente conducirá, si está bien calibrada, a la subversión de las precedentes. Así como la *entropía* lleva a un sistema físico a la autodestrucción en la perspectiva de una evolución, así también el hecho de introducir, en la lógica disfuncional del sujeto, elementos no contradictorios ni

descalificadores hacia sus representaciones, sino por el contrario capaces de orientarlas hacia nuevas direcciones, termina conduciéndolo a una completa *reestructuración* (Weakland y otros, 1974; Nardone y Watzlawick, 1990; Weakland, en este volumen). Es como cuando frente a una narración, en lugar de reescribirla completamente —elección que prevé la cancelación de la anterior—, se opta por cambiarla con el añadido de nuevas líneas evolutivas que, yendo en dirección contraria a la anterior, *la cancelen sin cancelarla,* relegándola a un *pasado* que ha producido el presente, pero que no tiene ningún poder frente a él, y que ahora está bajo el dominio de la nueva *narración* introducida por el terapeuta.

Para concluir este ensayo, relativo a la importancia de la comunicación como vehículo del cambio terapéutico, consideramos útil subrayar que, si la realidad es una «construcción» nuestra, también la comunicación lo es, y que más bien por medio de ésta —antes que a través de otros instrumentos— procedemos, conscientes o no, a construir, sufrir o dirigir nuestra relación con nosotros mismos, los demás y el mundo. En la psicoterapia entendida como *problem solving* estratégico, la comunicación representa el vehículo operativo fundamental para la aplicación de lógicas alternativas a las que hacen persistentes las patologías que hay que resolver. En otras palabras, sin una retórica persuasiva idónea es poco probable que seamos capaces de iniciar un cambio centrado en las experiencias y en las perspectivas del paciente. Porque lo que hace posible la aplicación terapéutica de procedimientos de solución de los problemas, desde nuestro punto de vista, no es sino la *construcción,* mediante la comunicación, de *realidades inventadas que producen efectos concretos.*

7. LAS VIRTUDES DE NUESTROS ERRORES: UN CONCEPTO CLAVE DE LA TERAPIA ERICKSONIANA*

Jeffrey K. Zeig

Durante nuestra formación como terapeutas aprendemos tanto formas particulares de pensar como sus contenidos específicos. Estos modos de pensar se convierten en lentes de percepción que tienen la ventaja de definir exactamente los aspectos importantes del paciente, pero también la desventaja de limitar las perspectivas. Además, las lentes actúan como filtros hasta tal punto que nuestras percepciones limitan las sucesivas acciones. Al comienzo de nuestra formación, quizás ya en la escuela superior, los profesores nos «implantan quirúrgicamente» las lentes; así pues, se convierten en un patrimonio nuestro, que cabe transmitir con cuidado a los pacientes y a las sucesivas generaciones de estudiantes.

Tras haber estudiado la práctica hipnótica de Milton Erickson durante más de diecisiete años, he desarrollado un particular modo de conceptualizar la terapia; aquí desearía explorar un concepto «pequeño» pero capital en el trabajo de Erickson que hunde sus raíces en la hipnosis tradicional. En realidad, ese concepto es una de las lentes de gran alcance presentes en los métodos ericksonianos y, pese a ser de fácil comprensión, es difícil de dominar. Parafraseando en términos generales a Jay Haley (1982), afirmo que, si llegase a comprender esta idea en un nivel experiencial, se me abrirían nuevos horizontes en el campo de la psicoterapia.

En el estilo de Erickson os presentaré el concepto a través de una serie de viñetas y escenas; sigo esta dirección porque estoy profundamente convencido de que las experiencias dinámicas deberían preceder a las comprensiones dinámicas. Por tanto, desearía que prestaseis atención a las situaciones que propondré y trataseis de descubrir que tienen en común, encontrando un elemento—que se podría resumir en una palabra – que las una.

ILUSTRACIÓN DEL CONCEPTO

Situación 1

Mientras estáis sentados en una silla, generalmente no hay un motivo por el que debáis prestar atención a la pared que tenéis delante, al color oscuro del pavimento, al de vuestra ropa o al cambio rítmico del pestañeo. Sin embargo, no podéis dejar de prestar atención a los ruidos que hay fuera de la sala, a los ruidos que hay a vuestro alrededor, al ruido de vuestra propia respiración, a sus cambios graduales. Además, podéis prestar atención a la sensación de vuestros pies en el pavimento, a la presión de vuestro cuerpo que se apoya en los muebles, a la presencia o ausencia de un respaldo, un brazo, un asiento, o un lugar para apoyar la cabeza o los pies en vuestra silla.

En la hipnosis limitad simplemente el número de centros en los que focalizar vuestra atención y estad atentos sólo a lo que es estrictamente relevante.

Situación 2

No hace mucho tiempo una pareja pidió un tratamiento de hipnoterapia para dejar de fumar. Él tenía unos cuarenta años y ella unos treinta. Ambos acudían ya a una terapia y se habían dirigido a mí para que los ayudase a controlar su vicio. Según mi costumbre, preparé el terreno para entrevistarme con los dos al mismo tiempo. Les sugerí que retirasen los ceniceros y dejasen de fumar la noche antes de la sesión; deberían fumar el último cigarrillo antes de acostarse y acudir a la entrevista «en abstinencia», para poder darme cuenta de sus peculiares dificultades e individualizar la terapia.

Cuando llegaron a mi despacho, contaron que habían seguido mi indicación, y lo juzgué como indicador de pronóstico positivo. En el curso de la conversación les pregunté si se habían librado en alguna ocasión de otros vicios, y descubrí que los dos habían recibido un intenso tratamiento por problemas de dependencia y que estaban siguiendo un programa terapéutico con un grupo de Alcohólicos Anónimos y Toxicómanos Anónimos. Pregunté al marido acerca de cómo tomaba alcohol y narcóticos antes del tratamiento relativo a la relación con la mujer y me di cuenta de que seguía un esquema de negaciones que incluían mentiras descaradas.

Traté de averiguar las características de la pareja. Los dos realizaban trabajos de tipo manual. El hombre parecía sociable, pero en realidad era despegado, poco inclinado a la intimidad, hasta tal punto que, a petición *de* la mujer, los dos habían comenzado una terapia de pareja para desarrollar una mayor intimidad. La mujer parecía dura, independiente, rebelde y sarcástica; soportaba muy bien los dolores de un síndrome artrítico y cuando le pregunté cómo lo conseguía, respondió: «Si estoy mal, mi cuerpo dice: "Tómatelo con calma" y me doy un baño o echo una siestecita». A pesar del dolor no había faltado ni un solo día al trabajo. También el marido tenía un alto grado de tolerancia al dolor.

Interrumpí bruscamente el tema del dolor —pensando en volver después a él— y pregunté: «Sé que es difícil describir con precisión la necesidad intensa de fumar, pero ¿podríais intentarlo?». Mientras se esforzaban por hacerlo lo más analíticamente posible, añadí: «Desearía que os dierais cuenta de que podéis considerar la necesidad como un "dolor", por muchos motivos». Los dos estuvieron de acuerdo en que mi observación era exacta.

Propuse, pues, que establecieran un sistema privado de señales que usarían sólo entre ellos. Les dije que todas las parejas tenían un lenguaje privado que los extraños no podían comprender completamente. Si uno de los dos pronunciaba las palabras «aquel dolor» —por ejemplo en la afirmación «Estoy sintiendo *aquel dolor*»—, se sobreentendería que se refería a la necesidad en su acepción más desagradable, la «que en realidad no era una necesidad sino un dolor». Una vez establecida la señal, se podrían ayudar el uno al otro.

Dije al marido: «Debéis comportaros así: cada vez que digas a tu mujer "Estoy sintiendo *aquel dolor",* ella se acercará a ti, te abrazará, te acariciará el pecho o simplemente tomará tu mano con dulzura. Cuando digas "Estoy sintiendo *aquel dolor",* ella sabrá inmediatamente que debe acercarse». Esta idea hizo feliz a la mujer, que deseaba abiertamente una unión más íntima. El marido palideció; su respuesta fue de asentimiento, pero sin entusiasmo.

Me dirigí a la mujer: «Si dices a tu marido "Estoy sintiendo aquel *dolor,* él deberá darte un espacio de autonomía. Tendrás que estar cinco mininos sola y echar una

siestecita o hacer cualquier otra cosa que te parezca bien, pero deberás estar sola». La mujer palideció; su respuesta fue también una aceptación sin entusiasmo.

Expliqué al marido que la terapia tenía una segunda parte: tenía que mentir y engañar a su mujer de forma sistemática. Tenía que obligarse a mentir y engañar; sería una buena idea hacerlo en el desayuno, en la comida y en la cena, para no olvidarse. Nos pusimos de acuerdo en cuáles serían las mentiras y los engaños apropiados. Las mentiras deberían ser relativamente pequeñas: por ejemplo, podía decir que había sacado la basura o había cumplido una orden cuando en realidad no había hecho nada parecido.

La tarea de la mujer consistía en captar el engaño. Al terminar el día tendrían una conversación seria: ella le diría cuáles pensaba que habían sido sus mentiras y engaños y él le desvelaría cuáles habían sido realmente.

La tercera parte de la terapia consistía para el marido en una simple técnica de bloqueo del pensamiento, que podía ser utilizada cada vez que experimentaba *aquel dolor.* La necesidad dolorosa podía ser considerada un «invasor», la técnica formaba parte de la «artillería» que podía usar para sostener su propia línea de defensa.

La técnica se llama «Visual-Auditivo-Táctil 4, 3, 2, 1». Tenía que repetirse a sí mismo la frase «Ahora soy consciente de...», y decir mentalmente cuatro cosas que percibía visualmente: «Ahora soy consciente de la pared. Ahora soy consciente del color oscuro del pavimento. Ahora soy consciente del color de mis vestidos. Ahora soy consciente de los cambios en el pestañeo». Después tenía que decir cuatro cosas percibidas auditivamente: «Ahora soy consciente de los ruidos que hay al otro lado de la puerta. Ahora soy consciente de los ruidos que hay a mi alrededor. Ahora soy consciente de mi respiración. Ahora soy consciente de un cambio de los sonidos». Después tenía que describir cuatro cosas percibidas con el tacto: «Ahora soy consciente de la sensación de mis pies sobre el pavimento. Ahora soy consciente de la presión de mi cuerpo que se apoya en los muebles...», y así sucesivamente.

Después de haber expresado cuatro frases con aquellos contenidos debía reducirlas a tres, luego a dos y finalmente a una. Le dije que no se trataba tanto de una técnica de distracción como de un método para «liberar la propia mente y adquirir dominio de sí mismo», y que después de acabar el ejercicio lograría una mayor conciencia sensorial. Incluso podría sentirse un poco «embriagado».

Concluí la sesión afirmando que por aquel día podía bastar. Nos encontraríamos al día siguiente para continuar la terapia, que implicaría la hipnosis formal. Estaría con cada uno de ellos durante media hora. Di por supuesto que no tendrían ninguna dificultad en mantenerse como no fumadores hasta que nos encontrásemos para el «verdadero» tratamiento.

Al día siguiente estuve primero con la mujer, que dijo con desenvoltura: «He decidido dejar de fumar. No he tenido dificultad para estar sin fumar desde que te vi por última vez. Igual que cuando decidí dejar el alcohol». Le respondí: «Desearía que tuvieses cuidado de no mostrar demasiado tu satisfacción por haber dejado de fumar. Si tu marido se da cuenta de que no te cuesta trabajo, podría tener algún problema. Por eso, aunque no sea verdad —*sobre todo* si no es verdad—, tienes que decirle a menudo que *estás* teniendo dificultades para dejar de fumar, porque

pienso que dejar de fumar es más fácil para ti que para tu marido. Francamente, los dos sabemos que es como un niño. No desearía que inadvertidamente te pusiera trabas».

La mujer estuvo de acuerdo en que el marido podía comportarse como «un niño» en las dificultades, y hablamos de las diversas formas en las que *habría* podido poner trabas si hubiese continuado fumando y ella no. Después la llevé a un trance «de rito», de forma que tuviese algo sobre lo que discutir con su marido y él supiese que la mujer había recibido el tratamiento. Mientras estaba en trance, le conté relatos sobre adolescentes que habían aprendido a hacer determinadas cosas por su propio bien, aunque contra su voluntad. Así completé la terapia.

Llegó el marido y estuve con él a solas. Empezó diciéndome: «Ayer estuve todo el día riéndome de tus ideas. ¿Por qué me dijiste que mintiera?». Y añadió: «No dije a mi mujer "Estoy sintiendo *aquel dolor".* Me encontraba bien». «Realmente estás estropeando la terapia», le advertí. *«Tienes que* decir a tu mujer: "Estoy sintiendo *aquel dolor".* Tú sabes que tu mujer necesita ayuda. Es dura sólo aparentemente. Podría estar sufriendo más de lo que parece; es mucho más sensible de lo que muestra. Dejar de fumar podría ser mucho más difícil para ella que para ti.» Estuvo de acuerdo con mis afirmaciones. Entonces añadí que, ya que también ella deseaba ayudarlo, tendría que haber dicho «Estoy sintiendo *aquel dolor*» el mayor número de veces posibles, deforma que su mujer pudiese acercarse a él, tocarlo, abrazarlo y sentirse útil en su lucha para dejar de fumar. Si su malestar había sido pequeño, tenía que haberlo exagerarlo y afirmar «Estoy sintiendo *aquel dolor»,* y si se había sentido bien, tenía que haber alterado un poco la realidad y haber dicho «Estoy sintiendo *aquel dolor».*

Su trance consistió en aprender la autohipnosis para «sostener sus líneas de defensa». Análogamente a lo realizado con la técnica «Visual-Auditivo-Táctil 4, 3, 2, 1», debía usar la autohipnosis para bloquear cualquier necesidad en el momento en que nacía. Presenté este método como un *programa* hipnótico en el que *trabajaría.*

Cinco meses después de la sesión recibí una *carta* del marido que me informaba de que ambos habían dejado de fumar. Se mostraban agradecidos por mi ayuda, aunque no comprendían exactamente cómo habían funcionado mis métodos.

Situación 3

He aquí otro caso semejante: se trata de la interacción entre Jeff Zeig, entonces estudiante de terapia, y Milton Ericsson (Zeig, 1985) En aquel tiempo yo era un consumado fumador en pipa. Era mi *hobby.* Tenía muchas pipas caras, mezclas de tabaco hechas expresamente para mí y otros accesorios. Se adaptaba a mi autoimagen como «joven psicólogo».

Erickson me vio fumar en pipa en su patio antes de nuestra sesión. Cuando nos encontramos, empezó a contarme una larga y vaga historia *a* propósito de un amigo suyo que fumaba en pipa. El amigo, me dijo, tenía planteado un buen número de dificultades ligadas a esta actividad. Por ejemplo, no sabía dónde poner la pipa en la boca: ¿tenía que ponerla en el centro, un centímetro a la derecha, un centímetro a la izquierda? En suma, fumar en pipa era incómodo para él.

Además, sentía vergüenza al poner el tabaco en la pipa. ¿Tenía que usar el instrumento previsto para ello? ¿Tenía que usar el pulgar? ¿Tenía que usar el índice? También esto lo incomodaba.

Es más, el amigo se sentía a disgusto cuando tenía que encender la pipa: ¿era mejor hacerlo poniendo la llama delante, detrás, a la derecha, a la izquierda? Otra causa más de vergüenza.

Todo el tiempo estuve pensando: «¿Por qué me está contando esta historia? Me parece que a mí fumar en pipa no me incomoda». Erickson continuaba. El amigo no sabía cómo sostener la pipa. ¿Tenía que hacerlo con la izquierda o con la derecha? ¿Tenía que sostenerla por el hornillo o por la boca? Incomodidad.

El amigo no sabía cómo echar el humo de la boca. ¿Soplaba hacia arriba, hacia abajo, de lado? De incomodidad en incomodidad.

Finalmente se sentía incómodo porque no sabía si apoyar la pipa y, de ser así, dónde hacerlo. ¿Tenía que sujetarla en la mano? ¿Tenía que apoyarla en la mesa? No hace falta decirlo: otra causa más de incomodidad.

Erickson siguió contando la historia durante una hora. Jamás había pensado que hubiese tantos motivos para sentirse incómodo mientras se fumaba en pipa.

Al día siguiente a la sesión salí de Fénix para regresar a la zona de San Francisco, donde vivía entonces. Cuando llegué a California, me dije: «No volveré a fumar». Dejé la pipa para siempre. No quería fumar en pipa. Desde entonces, nunca he vuelto a fumar en pipa. Nunca.

Una parte de la técnica de Erickson consistía en la destrucción de un modelo. Llegué a ser demasiado consciente del proceso de fumar, y eso me *hizo* sentirme efectivamente incómodo. Además, si había alguien que yo quería que no pensara que me sentía incómodo, esa persona era Milton Erickson. Luego la pipa ya no me pareció atractiva. Pero el mérito de dejar de fumar fue sólo mío. La fuerza de la decisión vino de mí mismo. Erickson hizo poco. No me dijo que dejara de fumar. No me advirtió sobre los riesgos para mi salud. Sencillamente me contó una historia. Fui yo quien hice algo constructivo.

Situación 4

Pensad en un paciente que describe una baja autoestima:

1. Se pregunta si tendrá capacidad para afrontar adecuadamente la tarea que se le pide.
2. Decide que no la tiene.
3. Desarrolla la sensación de que tiene en el estómago algo pesado como una piedra.

Mi inducción hipnótica en su caso se desarrolló según la secuencia siguiente (Zeig, 1988):

> Ponte cómodo y después podrías mirar un punto y utilizarlo para centrar tu atención [...]. Al hacerlo espera simplemente una cierta señal, una cierta sensación, una señal en tu cuerpo que sabes que sucederá. Una sensación que denominaré más tarde.
>
> 1. Pero lo primero que debes hacer es interesarte mentalmente por el proceso; después pensar en tu interior en los cambios del reflejo ocular y preguntarte: «¿Cambiará el comportamiento de mi ojo? ¿Tendré aquella sensación de temblor? ¿Se dará una alteración en mi reflejo de guiño?».
> 2. Después puedes decidir: «Se puede dar aquella estabilidad del ojo» o «Se puede dar aquella agradable sensación de temblor» y «Se puede dar aquel cambio en el reflejo».
> 3. Luego está aquella sensación física; por ejemplo, la sensación que podemos describir como una especie de entumecimiento que se puede verificar en el centro... de tus manos. Y más tarde se puede dar la sensación de un movimiento de elevación (pág. 372).

LA UTILIZACIÓN REVISADA

Al reflexionar sobre las cuatro situaciones que acabo de presentar os he pedido que establezcáis lo que tienen en común. ¿Hay un tema recurrente en todas ellas? El tema se puede indicar con una palabra: *utilización.*

La utilización es un principio central en la terapia ericksoniana, una característica distintiva de su planteamiento (Zeig, 1988). Además, es un principio importante del que a menudo deriva el éxito de la psicoterapia. Erickson ha descrito así el método de la utilización (Erickson, 1965):

Los terapeutas que desean ayudar a los pacientes no deberían despreciar, condenar o rechazar jamás ninguna parte de la conducta del paciente simplemente por ser obstruccionista, irrazonable o incluso irracional. El comportamiento del paciente forma parte del problema que lleva a la terapia. Constituye el ambiente personal en el que la terapia debe actuar. Puede constituir la fuerza dominante en la relacional global entre paciente y doctor. Así pues, cualquier cosa que los pacientes lleven a la terapia es, en cierto modo, tanto una parte de ellos como una parte de su problema. El paciente debería ser considerado con ojos comprensivos, valorando la totalidad que hay ante el terapeuta. Al hacerlo, los terapeutas no deberían limitarse a una valoración de lo que es bueno y razonable al ofrecer una posible base para los procedimientos terapéuticos. En efecto, alguna vez, con mucha más frecuencia de lo que se cree, la terapia puede estar sólidamente fundada sobre una base válida sólo a través de la utilización de manifestaciones necias, absurdas, irracionales y contradictorias. Lo que está implicado no es la propia dignidad profesional, sino la propia competencia profesional (Erickson, 1980, vol. IV, pág. 213).

En otro artículo, Erickson (1952) desarrolló estas ideas: aunque estaba tratando concretamente la inducción de hipnosis profunda, los conceptos son también aplicables a la psicoterapia.

> El reconocimiento y la concesión a las necesidades de los sujetos, así como la utilización de su comportamiento, no constituyen, como han declarado algunos autores, «técnicas no ortodoxas» basadas en la «intuición clínica», sino más bien un simple reconocimiento de condiciones existentes, basado en el pleno respeto a los sujetos como personalidades activas (Erickson, 1980, vol. I, pág. 155).

¿Qué es la utilización? Es la *prontitud del terapeuta para responder estratégicamente a todos los aspectos del paciente o del ambiente, de cualquier género.* La utilización es el trance del terapeuta. Stephen Gilligan (estudioso de la comunicación personal) describió la condición del hipnoterapeuta como un trance focalizado en el exterior, frente al trance del paciente, dirigido, en cambio, al interior. Este trance centrado en el exterior es una condición de prontitud para responder: prontitud para aprovechar la oportunidad del momento captando y utilizando todo lo que ocurra. La hipnosis, por tanto, se puede definir objetivamente como un estado de prontitud para responder, porque el paciente asume una actitud de disposición a responder a estímulos imperceptibles presentados por el terapeuta. En términos interactivos, cabría definir la hipnosis como la prontitud para responder del paciente en función de la prontitud para responder del terapeuta.

Si desea promover un estado de prontitud para responder en el paciente, el terapeuta debe estar predispuesto a mostrar el mismo tipo de disposición a responder y desarrollar una adecuada prontitud para discernir y utilizar los comportamientos del paciente, incluso los más insignificantes, así como también los aspectos del ambiente no advertidos anteriormente. Las cuatro situaciones presentadas al principio de este capítulo demuestran el uso de aspectos de la experiencia generalmente no advertidos.

He proporcionado una amplia gama de ejemplos de utilización: frente a algún elemento del ambiente, como la presión del respaldo; utilizar algo del paciente, como un lenguaje idiosincrásico, una apreciación humorística, la evitación de la intimidad, la secuencia en la que el problema se presenta o el propio comportamiento sintomático (como hizo Erickson en mi caso, cuando fumaba en pipa). Cabe utilizar incluso a la familia del terapeuta; Erickson utilizó a los miembros de su familia para facilitar su propio tratamiento (véase Zeig, 1985). Cualquier característica del ambiente, del paciente, de su historia, de su problema, del estudio del terapeuta, puede ser utilizada. Siguiendo los métodos ericksonianos, tomamos algunas cosas de la situación inmediata y las orientamos en una dirección constructiva.

Erickson solía advertir a sus alumnos que el inconsciente del terapeuta es una de las cosas más importantes que se pueden utilizar. El terapeuta se fía de una gran experiencia que es, sustancialmente, una moneda de cambio que cabe usar para llegar al paciente. Cabe incluso utilizar los hándicaps del terapeuta. Por ejemplo, Erickson explicó que la poliomielitis era una de las mejores maestras de comportamiento que jamás hubiese tenido: la utilizaba de forma constructiva. Recuerdo que una vez, después de una sesión, traté de ayudarlo a empujar su silla de ruedas en una rampa; me clavó su mirada y me dijo: «No, hay cosas que un hombre debe hacer solo». Así, estuve viendo cómo luchaba mientras llevaba a término la empresa. Fue un modo de subrayar y hacer recordar a un joven estudiante la enseñanza del día: hay que tener confianza en uno mismo. Erickson demostró que en el proceso terapéutico se pueden usar también las limitaciones del terapeuta.

La utilización señala que el terapeuta participa activamente en el proceso de cocreación del cambio que tiene lugar en el paciente. Es un compañero de viaje, *no* un guía turístico que metacritica las limitaciones de los pacientes cuando, al atravesar los senderos rocosos de la vida, caen repetidamente en los aprietos de la ineficiencia. El terapeuta está en realidad *con* el paciente en algunos momentos del

proceso de curación, no se limita simplemente a pedirle que analice y comprenda sus defectos. Sustancialmente el terapeuta ayuda al paciente a darse cuenta de las virtudes de sus errores. Un examen atento de los casos de Erickson revela que se trata de experimentos de aplicación de los principios de la utilización.

LA HISTORIA DE LA UTILIZACIÓN

El concepto de utilización aparece ya al comienzo del trabajo experimental de Erickson, que en un artículo escrito en 1958 sitúa los orígenes de este método en una investigación de 1943 en la que utilizó la regresión hipnótica para realizar la terapia. Se trata del caso de una mujer que había desarrollado una fobia traumática al zumo de naranja, hasta tal punto que no podía tolerar ni siquiera el olor o la visión de las naranjas, y hacía que su problema resultara molesto para los demás, condicionando el comportamiento de éstos con su fobia. Aunque deseaba la terapia, por alguna razón se mostraba contradictoria hacia ella. Erickson utilizó la situación social común de una fiesta para efectuar una demostración de hipnosis, escogiendo como sujeto a la mujer fóbica. Durante la demostración la hizo regresar al período anterior al trauma del zumo de naranja y ordenó que le dieran un vaso, que ella bebió tranquilamente. Así pues, le provocó una amnesia de la experiencia y el resultado de este procedimiento fue la curación completa.

Ernest Rossi (Erickson y Rossi, 1977) remonta el origen del concepto de utilización a la curación de Erickson de la poliomielitis a la edad de diecisiete años, cuando no podía moverse y se veía obligado a permanecer en la cama. Mientras se recuperaba, usó un concepto definido en la hipnosis como *comportamiento ideomotor*: observaba cómo sus hermanitas aprendían a caminar para enseñarse de nuevo a sí mismo a hacerlo. Observándolas atentamente, su cuerpo recordó cómo mover los músculos.

El concepto de utilización resultó tan importante que apareció en una definición de hipnosis que Erickson escribió en 1954 para la *Enciclopedia Britannica:*

> Otra consideración esencial en la técnica de trabajo de investigación o terapéutico es la utilización del esquema de respuesta o de la capacidad del sujeto, más que el intento de forzar al sujeto bajo el empuje de la limitada comprensión del hipnotizador acerca de cómo debería actuar el sujeto y qué debería hacer. Los fallos en la terapia hipnótica y en la terapia experimental se deben con frecuencia al hecho de que se trata al sujeto como un autómata del que se espera que cumpla las órdenes de acuerdo con la comprensión del hipnotizador; y no se reconoce al sujeto como una personalidad, con esquemas de respuestas y comportamiento individuales (Erickson, 1980, vol. III, pág. 22; la cursiva es mía).

Un gran número de pensadores importantes que han seguido las orientaciones de Erickson han desarrollado y ampliado el principio de la utilización. Las referencias serían muy numerosas; debido a la extensión limitada de este escrito citaré sólo algunos autores contemporáneos.

Erickson y Rossi (1975) han descrito la teoría de la utilización en la sugestión hipnótica; Haley (1973) se ha ocupado de la importancia de *aceptar* la resistencia; S. y C. H. Lankton (1983) han analizado la concepción ericksoniana de utilización de la resistencia; Yapko (1984) ha desarrollado a menudo la utilización terapéutica del estado de trance; Gilligan (1987) ha indicado que el esquema de expresión individual del paciente constituye la base para inducir el trance. Por otra parte, Dolan (1985) ha explorado la naturaleza de la utilización ericksoniana con pacientes resistentes y crónicos; De Shazer (1988b) ha descrito cómo

utilizar las excepciones presentadas al paciente; O'Hanlon y Wilk (1987) han descrito el recurso a la utilización para proyectar y efectuar intervenciones terapéuticas; O'Hanlon (1987) ha sugerido que el planteamiento de la utilización es la aportación más duradera de Erickson a la terapia.

Podríamos decir que} lodos los seguidores de Erickson han recurrido al principio de la utilización y lo han incorporado a sus propias teorías y métodos. Así pues, la utilización es para la teoría ericksoniana lo que el análisis es para las aproximaciones dinámicas y el condicionamiento para la terapia comportamental. La utilizaciones un aspecto central del modelo ericksoniano y se puede usar tanto en la hipnosis como en la psicoterapia.

LA UTILIZACIÓN EN LA HIPNOSIS

Al practicar la hipnosis terapéutica, incluso con los métodos tradicionales, los terapeutas recurren a la utilización, tanto si se dan cuenta de ello como si no lo advierten. Por ejemplo, el hipnotizador tradicional puede sugerir: «Con cada espiración, con cada sonido que oyes, te sumergirás cada vez, más en el trance». En esta técnica de utilización, se utilizan elementos provenientes del ambiente para hacer más profundo el estado de trance.

En el planteamiento ericksoniano, un terapeuta trata de poner de manifiesto los recursos del paciente más que de imponer sugestiones a una persona que se supone pasiva. Se evitan las técnicas hipnóticas repetidas mecánicamente para favorecer métodos de utilización que individualizan el tratamiento. A continuación se presentan seis técnicas de utilización.

Ratificación

El proceso de inducción del trance implica a menudo dos pasos progresivos: absorción y ratificación. En primer lugar se actúa de forma que la atención del paciente quede absorbida por una sensación, percepción, fantasía, recuerdo, etcétera. Después se ratifica esta absorción: los cambios sucedidos cuando el paciente se encontraba en la condición de absorción se describen a través de simples frases declarativas. Por ejemplo, el terapeuta puede afirmar: «Mientras me escuchabas, tu frecuencia cardiaca ha cambiado; tu frecuencia respiratoria era distinta; tu cabeza no estaba ya en la misma posición que antes». El método de utilización de la ratificación tiene un significado implícito que se puede explicitar así: «Estás respondiendo; estás mostrando cambios deseables».

Atribución

La atribución es una forma indirecta de utilización ligada a la ratificación. La ratificación implica de forma específica la capacidad de respuesta hipnótica; la atribución fija significados suplementarios que se pueden utilizar para fines más generales. Considerad atentamente esta explicación ofrecida al paciente hipnotizado que lentamente asiente con la cabeza: «Ahora estás inclinando la cabeza de forma diferente porque es la forma que tu mente inconsciente tiene de decir

"sí"». Aquí se atribuye un significado implícito al comportamiento mostrado por el paciente, en este caso: «Tu mente inconsciente está cooperando conmigo».

Prescripción del síntoma

Usando la prescripción del síntoma, el terapeuta anima el comportamiento sintomático y lo dirige imperceptiblemente hacia una dirección deseada.

He aquí un ejemplo tomado de mi experiencia personal. Cuando era estudiante universitario (antes de encontrarme con Erickson), un psiquiatra supervisaba mi actividad práctica. Le pedí que me enseñara a hipnotizar. Me invitó a su estudio y me indicó que me sentara. Yo estaba nervioso. Mientras estaba sentado en el estudio, inconscientemente golpeaba con los dedos en el brazo del sillón. Aprovechando inmediatamente la ocasión, él sugirió enseguida: «Golpea más deprisa con los dedos, y mientras los mueves, nota el ritmo del movimiento. Mientras notas el ritmo del movimiento, fíjate en cómo cambia. Cuando el ritmo disminuye, puedes respirar profundamente, cerrar los ojos y caer en trance».

Ésta fue mi primera experiencia personal de utilización. Fue tan interesante para mí —como suelen serlo todas las experiencias de utilización— que hoy recuerdo vivamente aquel acontecimiento como el día que sucedió, hace dieciocho años.

Incorporación

La incorporación es una variante de la técnica de la utilización, semejante a la ratificación y a la atribución. Se pueden incorporar cosas variadas provenientes de la situación real en el esquema de inducción. Por ejemplo, si una puerta se abre de improviso durante una inducción, el terapeuta puede decir: «Puedes abrir constructivamente otras puertas a la capacidad de guiarte de tu mente interior». El terapeuta modela un estilo de respuesta que desearía que el paciente imitase. El fin terapéutico de ayudar al paciente a mostrar una respuesta constructiva a los acontecimientos externos y de hacer que desarrolle determinadas capacidades lo puede modelar el terapeuta utilizando la incorporación.

Redefinición hipnótica

Otra técnica de utilización es la redefinición hipnótica. Si una persona describe un aspecto del problema como una experiencia de «presión», en la inducción de la hipnosis el terapeuta puede comenzar orientando al paciente a la presión del asiento de la silla, del respaldo, del brazo, etc. De esta forma el concepto de presión es redefinido imperceptiblemente en términos más positivos y se usa una palabra síntoma como una palabra-solución.

Inyunción simbólica

En la psicoterapia tradicional el profesional interpreta a menudo simbólicamente el comportamiento y los idiomas del paciente. Si el paciente afirma: «Siento un peso en el estómago», el terapeuta puede proponer una interpretación simbólica de la afirmación pidiendo al paciente: «¿Quién está sobre tu estómago?». Interpretaciones de este tipo son una consecuencia directa del fin de la psicoterapia tradicional, que subraya la importancia de la comprensión consciente.

En términos ericksonianos, los terapeutas pueden aplicar el método de la utilización pensando: «Si un paciente comunica simbólicamente, entonces también yo debo adaptar mi inteligencia para comunicar simbólicamente con el paciente. En lugar de *interpretar* el simbolismo, puedo usar de forma constructiva los procesos simbólicos y crear símbolos terapéuticos».

Por ejemplo, durante una inducción Erickson puso a una mujer hipnotizada la mano izquierda sobre el brazo derecho (Zeig, 1980). Ella asumió una posición en la que parecía que se abrazaba a sí misma. El mensaje simbólico era: «Puedes protegerte a ti misma; puedes consolarte a ti misma». Después Erickson usó aquella experiencia como referencia.

He aquí otro ejemplo. Haciendo una inducción egoconstructiva, sugerí: «Mientras estás en trance, tu cabeza está adecuadamente erguida y se siente bien puesta sobre los hombros. Te parece que tu cabeza está aún muy alta con respecto a los pies. Te parece que tu hombro izquierdo está muy lejos del derecho». Simbólica e idiomáticamente, las referencias somáticas a «la cabeza en su sitio», «sobre los hombros», al hecho de sentirse «altos» y de tener «hombros anchos», indican una autoestima satisfactoria.

Las formas de comunicación hipnótica pueden parecer procesos primarios; en el estado de trance, los pacientes son más literales en su propio esquema de respuesta. Además, el hecho de ser indirectos intensifica la dramatización y puede aumentar de este modo la eficacia de las sugestiones. Con todo, se plantea, una cláusula importante: en los métodos de utilización hipnótica, como en todas las técnicas, la comunicación es valorada en función de la respuesta del paciente, no de la inteligencia de la estructura. Si no se obtiene una respuesta positiva inmediata, el terapeuta procede con una técnica distinta.

Tras examinar algunos métodos de utilización en hipnosis, el estudio puede proseguir con el análisis del recurso a la utilización en la terapia individual y familiar.

LA UTILIZACIÓN EN LA TERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Las técnicas de utilización se pueden ampliar desde la inducción hipnótica a la psicoterapia dirigida sin una inducción formal. He aquí un ejemplo.

Que no quede nada por intentar

Una paciente mía sufría trastornos que, a mi juicio, indicaban una forma de depresión; no obstante, ella los consideraba trastornos psicosomáticos. Decidí no proporcionar una interpretación de sus problemas psicosomáticos como depresión enmascarada: le pedí que llevara consigo una piedra. Tenía que encontrar una piedra que cupiese en la palma de la mano, pintarla de negro y llevarla consigo durante diez días. Nos veríamos en la próxima sesión al cabo de

dos semanas, cuando yo regresara de un viaje. Esta paciente sabía que podía esperar que yo le pidiera cosas insólitas, y aceptó enseguida la tarea.

En la segunda sesión me dijo que había realizado la tarea y había llevado consigo la piedra durante el período indicado. Le pregunté qué había hecho con la piedra al cabo de los diez días. Me respondió: «No sabía qué hacer exactamente, así que la puse en la biblioteca de mi marido». «¿Sabes, pienso que sería una buena idea que hiciésemos terapia de pareja e implicásemos a tu marido en la próxima sesión», afirmé.

Simplemente habíamos intercambiado símbolos. Ella me había dado un símbolo (su problema psicosomático) y yo le había restituido un símbolo: una piedra negra que, según pensaba, simbolizaría la depresión. En realidad, el problema no era tanto la depresión como una relación de pareja. Ella había corregido simbólicamente mi malentendido eligiendo el lugar —la biblioteca de su marido— donde puso la piedra.

Sustancialmente, mi intervención consistió en utilizar un proceso simbólico. De esta forma podía controlar la respuesta a mi encargo simbólico y, consecuentemente, ajustar mi método.

El ejemplo que propongo a continuación se refiere a la utilización en la terapia familiar.

Utilizar el diente del tigre

Fred, un niño de diez años, especialmente molesto, era obstinado, procuraba llamar continuamente la atención y era negativo. No quería estarse quieto en la silla del estudio; por el contrario, se apoyaba en posiciones extrañas o se sentaba en el pavimento; con frecuencia era destructivo y constantemente polémico en las relaciones. Además, Fred no preveía nunca los resultados de sus acciones, ni asumía la responsabilidad de su propio comportamiento. Sus estallidos de ira eran muy ruidosos.

Observando cómo se relacionaba con sus padres en una sesión de terapia familiar, descubrí que había en él tres esquemas de comportamiento especialmente notables:

1. El uso de la distracción para llamar la atención.
2. El comportamiento de oposición.
3. La habilidad para encontrar un punto débil en la argumentación de cualquiera.

La madrastra de Fred le había dicho que sólo si se sentaba en la silla y participaba en la conversación durante diez minutos, recibiría uno de los numerosos juguetes que le habían quitado como castigo por su mal comportamiento. Fred hizo un pobre intento de cumplir lo que le pedían. Recogí el desafío de la madre y pregunté a Fred si podía distraerse, decir lo contrario de lo que yo decía y/o encontrar un punto débil en mi posición. Respondió que podía hacerlo. Le dije que lo ponía en duda, y que si era capaz de hacer estas tres cosas, ganaría un punto. Su padre añadió que si ganaba cinco puntos, recuperaría un juguete.

Hicimos una prueba para estar seguros de que Fred había comprendido claramente las reglas: yo pronunciaría una frase estímulo y él respondería con la distracción, con una actitud de oposición o encontrando un punto débil. Después de unas pocas frases estímulo, quedó claro que Fred tenía una gran habilidad para encontrar mis puntos débiles, mucho mayor que para distraerse o mostrar una actitud de oposición. No obstante, le repetí que pusiese en práctica los tres métodos y, como él insistía en encontrar un punto débil, le dije que introduciríamos una cuarta técnica consistente en repetir la tercera, de forma que se pudiese verificar que podía empeñarse obstinadamente. Después de algunas pruebas, cambiamos las reglas del juego a fin de hacer que *realizara* ordenadamente cada una de las cuatro operaciones. Primero se distraería, después se comportaría con una actitud de oposición, luego encontraría un punto débil y finalmente se obstinaría. Mis frases estímulo eran fundamentalmente empáticas en el contenido, porque Fred mostraba una escasa habilidad para identificar los sentimientos. A medida que *avanzaba* la sesión, cambié las frases estímulo. En cierto momento, cuando Fred *debía* mostrar una actitud de oposición, le dije: «No eres capaz de controlar tu comportamiento». «Ahora estoy sentado sin moverme contestó.

El juego parecía divertido, y la madre empezó a proponer frase estímulo. Después llegó el turno del padre. En el tiempo que Fred permaneció en el estudio, recuperó once juguetes. Al final de la sesión, me miró y me dirigió un «Gracias» encantador. Fue la primera comunicación no punzante que tuvo hacia mí.

Antes los esquemas de comportamiento de Fred habían servid para alejarlo de los demás. Utilicé estos comportamientos para facilitar el acercamiento. Se convirtieron en un juego. En el proceso terapéutico, Fred demostró que podía controlar su propio comportamiento; en realidad, tenía un control excelente. Además, los esquema eran cada vez más claros para los padres, que empezaron a sentir que tenían un instrumento con el que proceder.

Este «juego» fue sólo un elemento de una amplia terapia con la familia. En este caso me centré directamente en el paciente identifica do, usando una técnica modificada de prescripción del síntoma. La intención terapéutica era establecer un determinado control y expresar una voluntad positiva en una situación caótica. Posteriormente fin posible desarrollar estos cambios dentro de la familia.

Después de haber examinado la utilización como concepto y descrito su historia acompañada de ejemplos de su uso en la hipnosis; en la terapia, examinaremos ahora lo que llamo «principios de la utilización».

LOS PRINCIPIOS DE LA UTILIZACIÓN

Principio número 1. La inducción del terapeuta va en primer lugar El primer paso en la terapia en un planteamiento Ericksoniano no consiste en inducir la hipnosis en el paciente, sino en «inducir» al terapeuta a *utilizar.* El terapeuta empieza la terapia asumiendo una mentalidad de utilización, detectando dentro de sí la prontitud para responder constructivamente a las respuestas del paciente, Este estado dirigido exteriormente era un aspecto capital de la actitud de Erickson,

que era muy consciente de las dificultades del momento y estaba interesado por aprovecharlas.

Principio número 2. Cualquier cosa que presente el paciente puede ser utilizada. Cualquier cosa que exista en la situación terapéutica puede ser utilizada.

«Cualquier cosa que presente el paciente» *no* es sólo agua, para su molino. *Es combustible para avanzar hacia un nuevo espacia.* Los valores del paciente pueden ser utilizados; la situación del paciente puede ser utilizada; las resistencias del paciente pueden ser utilizadas; el síntoma del paciente puede ser utilizado. Anteriormente se han presentado ejemplos de métodos de utilización en cada uno de estos casos.

También es cierto que el *mecanismo* a través del cual se mantiene el síntoma puede ser utilizado. Es evidente que a pesar de que pueda parecer que los síntomas se verifican de modo automático, en realidad el paciente hace algo para mantener el síntoma. Por ejemplo, las personas deprimidas hacen algo para mantener su depresión. Hay que pensar la depresión como una actividad, no como algo que simplemente sucede. El terapeuta puede pensar: «¿Cómo *construye* la depresión este paciente?». Una vez que el mecanismo usado por el paciente para crear el problema ha sido descubierto, puede ser utilizado. Un ejemplo de utilización de tal mecanismo es la secuencia de inducción presentada en la situación 4.

Principio número 3. Cualquier técnica que emplee un paciente para constituirse como tal puede ser aprovechada por el terapeuta.

Las técnicas no derivan simplemente de la lectura de un libro; pueden ser desarrolladas a través del estudio de los pacientes. Por ejemplo, si un paciente cuenta determinadas historias para ser paciente, un terapeuta puede contar determinadas historias para ser terapeuta. Si un paciente es desordenado como paciente, el terapeuta puede ser desordenado constructivamente.

Tomemos el ejemplo de un paciente que sufre un problema de balbuceo. El terapeuta puede balbucear con cualquier paciente como maniobra terapéutica. He usado constructivamente una técnica de balbuceo en la realización de inducciones hipnóticas con pacientes que no balbuceaban. En un caso me expresé de esta forma: «La hipnosis puede ser imaginada y experimentada como una sensación del mo-mo-momento... de tu a-a-agrado. Y mientras a-a-avanzas en una dirección sientes como una su-su-subida... y profundizas tu in-in-inmersión». En este caso el paciente puede responder a cualquiera de las palabras en las que he balbuceado; mi balbuceo da fuerza a la sugestión porque destaca las palabras clave.

Principio número 4. Cualesquiera que sean las respuestas obtenidas, desarróllalas.

El caso siguiente desarrolla algunos principios y técnicas de utilización, y cómo desarrollar una respuesta. Una vez que el paciente responde, la tarea del terapeuta consiste en ampliar y aprovechar constructivamente la respuesta. Es como si el terapeuta tomase todos los fragmentos de -oro- que el pariente proporciona y después se sirviese de ellos para transformarlos en algo útil.

En una ocasión Erickson (Erickson y Rossi, 1979) visitó en su casa a una paciente que se estaba muriendo de cáncer; su médico internista le había pedido que hablara con Kathy —así se llamaba la mujer— porque sufría un dolor atroz y no respondía a los tratamientos a la sazón de uso común. Cuando Erickson llego, Kathy estaba acostada sobre el costado izquierdo, en posición fetal, repitiendo de forma monótona: «No me hagas daño. No me asustes. No me hagas daño. No me asustes. No me hagas daño. No me asustes».

¿Cómo acercarse a una paciente en estas condiciones? El terapeuta podría perturbar a la paciente diciendo: «Perdóname, soy tu médico consultor. Desearía hablar contigo. Por favor, ¿podrías dejar tu cantinela? Poneos en el lugar de Erickson; si practicaseis la hipnosis, diríais: «Perdona, sé que quieres seguir con tu cantinela, pero, ¿me harías el favor de concentrarte en un punto de la pared para poder entrar en trance?». Por el contrario, ¿qué haría un terapeuta que sigue el método de la utilización?

Erickson miró a Kathy y dijo: «Voy a hacerte daño. Voy a asustarte. Voy a hacerte daño. Voy a asustarte. Voy a hacerte daño. Voy a asustarte. Voy a hacerte daño. Voy a asustarte». Kathy replicó: «Pero yo no quiero que me hagas daño». Erickson continuó: «tengo que hacerte daño para ayudarte. Tengo que hacerte daño para ayudarte. Tengo que hacerte daño para ayudarte». Así pues, Erickson indujo un estado de trance usando una elegante técnica de utilización de la memoria de Kathy; le dijo: «Kathy, no puedo explicarte todas las cosas que voy a hacer, pero me gustaría que recordases cómo te sentías cuando te has dado media vuelta y te has puesto sobre el costado derecho. Cierra los ojos y recuerda efectivamente qué has experimentado al darte media vuelta». Erickson utilizo el recuerdo que Kathy tenía del dolor como un medio de absorción para facilitar la inducción hipnótica. Después Kathy dijo a Erickson: "Estoy apoyada sobre mi costado izquierdo; creo que estoy sobre mi costado izquierdo». Erickson continuo: «Kathy desearía que entrases dentro de ti y desarrollases en la planta de los pies el picor más horrible, más intolerable, más terrible que se pueda manifestar». Kathy lo intentó, pero no lo logró: «Lo siento, doctor Erickson, no consigo desarrollar un picor horrible en la planta del pie. Lo único que puedo obtener es una horrible sensación de entumecimiento».

En este momento Erickson desarrollo su respuesta: «Bueno, así ya esta bien, Kathy. Lo que quiero es que desarrolles ese entumecimiento y permitas que se adueñe de tus piernas, tus caderas, tu cuerpo y tu brazo, pero no de la zona del pecho izquierdo». Kathy desarrolló un entumecimiento generalizado. Erickson estaba a la espera y preparado para responder. Habría utilizado cualquier cosa que Kathy hubiera desarrollado como respuesta a su petición. Si Kathy hubiese desarrollado una picazón en lugar de un entumecimiento, la habría utilizado. Si hubiese desarrollado un «nada», también habría podido usarlo. Por ejemplo: «Kathy, deja que ese nada se difunda por tu cuerpo». Erickson utilizó también la psicología de Kathy. Como sabía que con frecuencia los pacientes tienen que enfadarse consigo mismos, dejó una zona de malestar (un pecho) para permitirle esta posibilidad.

La utilización es un proceso continuo. No es algo que el terapeuta empieza y termina. La actitud de utilización del terapeuta se desarrolla a lo largo de todo el tratamiento y es parte integrante del proceso de terapia.

LA UTILIZACIÓN EN EL PROCESO DE TERAPIA

El siguiente metamodelo, del que me ocupo a continuación, se basa en un planteamiento de comunicaciones estructurales que utiliza la influencia social para aprovechar las estructuras existentes en el momento, incluidas las estructuras intrapsíquicas y ambientales, para lograr objetivos futuros. Es un modelo que se refiere a cómo provocar el cambio, más que a *analizar por* qué las personas son lo que son.

En este artículo sólo podemos presentar y examinar brevemente los aspectos más importantes de este modelo. Además del principio de utilización, hay otros cuatro elementos:

1. Definición del objetivo.
2. Personalización.
3. Confección sugestiva.
4. Construcción de un proceso dinámico.

Definición del objetivo

El terapeuta comienza la terapia definiendo los objetivos y preguntándose: «¿Qué quiero comunicar al paciente?».

La definición de los objetivos debe tener en cuenta muchos detalles; para hacerlo, existen dos métodos, que yo uso comúnmente: transformar el problema en un proceso y dividir la solución en partes accesibles. El primer método consiste en *transformar el problema en un proceso.* Si se ve el problema como un proceso secuencial, a menudo los caminos para la intervención resultan evidentes al instante. Un fin de la terapia sería el de ayudar al paciente a modificar la secuencia habitual de comportamiento que conduce al problema. En algún caso el terapeuta puede realizar este objetivo añadiendo un paso a la secuencia. Por ejemplo, en el caso del vicio de fumar, se puede pedir al paciente que se frote el brazo antes de inspirar, añadiendo de esta forma un paso a la secuencia habitual. Si la intervención es suficiente, genera un cambio sistémico. La premisa subyacente es que los pacientes se sentirán atraídos por esquemas más saludables y eficaces, una vez que se modifique la secuencia habitual.

El segundo método consiste en *dividir la solución en partes accesibles.* Este método de establecer los objetivos requiere que el terapeuta muestre de forma concreta *cómo* el paciente construye el problema. Por ejemplo, si el paciente ha reducido su propia autoestima, el terapeuta puede preguntarse cómo se ha efectuado este proceso; es posible, entre otras cosas, que el paciente no tenga confianza en sí mismo, no tenga confianza en los otros, se repliegue sobre sí mismo y exagere sus propios defectos, y estas maniobras le parezcan «razonables» para lograr el objetivo deseado, es decir, una autoestima más baja, la convicción de que es sensato no tener confianza en sí mismo y en los demás, replegarse sobre sí mismo y extremar los propios defectos. La solución es lo recíproco (lo contrario) de la estrategia del problema, es decir, tener confianza en sí mismo, tener confianza en los demás, ser conscientes en lugar de apartarse y encontrar puntos de fuerza interiores. Cada uno de los elementos de la solución puede tratarse corno un objetivo distinto al que hay que dirigirse y que se debe deducir. Una vez que el paciente

encuentra la confianza en sí mismo y en los demás, logra apreciar su propia conciencia y encuentra puntos de fuerza interiores; entonces la autoestima general mejora.

Definido el objetivo, el paso siguiente es encontrar una forma de presentarlo al paciente. A este proceso le doy el nombre de «confección sugestiva».

Confección sugestiva

A fin de proponer un elemento de la solución, el terapeuta necesita un método para presentar la estrategia al paciente, de forma que éste pueda recuperar la capacidad que se ha disociado anteriormente. Por ejemplo, tomemos como fin la conciencia del exterior. El terapeuta puede *empaquetar* la idea de «dirigirse al exterior» de muchas formas. En efecto, puede sugerir al paciente: «Abre los ojos, mira el mundo, nota lo que hay a tu alrededor y conciénciate de ello». Con todo, la experiencia me dice que a los pacientes les irrita tener que pagar la factura por este tipo de consejos. La parte de solución puede ser *empaquetada* y presentada dentro de una técnica, mejor que directamente. Un modo de empaquetar una idea consiste en presentarla en una hipnosis.

En una entrevista que me hicieron el pasado mes de diciembre, un periodista me preguntó: «Doctor Zeig, ¿qué es la hipnosis?». Aprovechando la oportunidad, le respondí: «Desde el punto de vista estructural la hipnosis es simplemente un modo de empaquetar ideas».

Los elementos de las soluciones pueden ser empaquetados utilizando hipnosis, símbolos, metáforas, prescripciones de síntomas, anécdotas, reestructuración, etcétera. Estas técnicas son instrumentos eficaces para ofrecer ideas simples. El terapeuta se pregunta: «¿Cómo puedo presentar el objetivo?», y después elige una técnica. Se sobrentiende que las técnicas son seleccionadas utilizando métodos que el paciente acepta, común o históricamente.

El proceso de asociar las soluciones al empaquetamiento puede ser considerado psicoterapia por asociación recíproca. La técnica del terapeuta asocia al paciente con un elemento de la solución suscitada a través del efecto ideodinámico. El empaquetamiento consiste en seleccionar una técnica con la que presentar las ideas.

No basta sólo con empaquetar los elementos de la solución. Es mejor individualizar la terapia. El procedimiento de dirigirse al estilo único de cada paciente se llama «personalización».

Personalización

El terapeuta que sea tan amable que elabore una idea para un paciente, puede mejorar aún más la presentación por medio de la *personalización.* Es hermoso recibir un regalo, pero si el regalo es individualizado, es aún más hermoso. Y más eficaz. Erickson subrayó este punto afirmando: «La psicoterapia para el paciente A no es la psicoterapia para el paciente B».

Para personalizar, el terapeuta se pregunta: «¿A qué da valor el paciente? ¿Qué posición asume? ¿Qué hace que se sienta orgulloso?», e individualiza el planteamiento en conformidad con la respuesta. Por ejemplo, si el paciente tiene en gran estima la aventura, las tareas terapéuticas se pueden cumplir

porque contienen un elemento de aventura. Si el paciente aprecia la comprensión lenta, el terapeuta puede dirigir una terapia lenta.

Volvamos al objetivo de la conciencia del exterior. Si el paciente se hace daño a sí mismo, el terapeuta puede proponer: «Quiero que seas más consciente porque será muy difícil para ti». Si el paciente hace daño a los demás, el terapeuta puede sugerirle: «Quiero que seas más consciente porque será muy difícil para los que están a tu alrededor». De esta forma se personaliza la terapia en función de los valores del paciente y de su visión del mundo. La terapia es filtrada a través de la lente interior del paciente. A veces la oferta terapéutica personalizada no tiene ningún sentido lógico, pero puede tener un significado emotivo para el paciente porque se «adapta» al modelo que tiene del mundo.

Después de haber precisado una estrategia para personalizar la técnica, el terapeuta debe crear un método para presentar la oferta en el tiempo. A este método lo llamamos elaboración

Elaboración

No basta con identificar el objetivo y crear un modo para empaquetarlo o individualizarlo; el terapeuta debe trabajar también en la creación de un *proceso*, una representación por medio de la cual se presenta el objetivo, Este proceso incluye ritmos o secuencias temporales precisas de la psicoterapia, dirigida a suscitar y utilizar de forma óptima los dinamismos internos y sociales del paciente. El terapeuta empieza solicitando la motivación del paciente, que es «transformada» en disposición a responder sobre todo a estímulos imperceptibles. Éste es un modo de «preparar el terreno para hacerlo fértil«. Cabe también considerar la construcción de la disposición a responder como la dirección de una inducción

A través de todo el proceso, el terapeuta tiene en mente una intervención principal personalizada: se puede tratar de la prescripción de un síntoma, de una prueba durísima o de una prescripción jocosa. Sin embargo, en lugar de moverse directamente hacia el «plato principal», el terapeuta «echa primero las semillas» para la intervención principal, creando una ilusión dentro de la cual encajará la técnica siguiente. Fundamentalmente, es un método de encubrimiento. (Se encontrará más información sobre la acción de la siembra en Zeig, 1990.) A continuación el terapeuta prosigue dando pequeños pasos hacia la intervención principal, seguida de un período para completar la terapia. Este procedimiento ha recibido el nombre de SIFT *(Small interventions follow through;* pequeñas intervenciones para acompañar a la solución) (Zeig, 1985). El terapeuta da pequeños pasos, interviene y acompaña al paciente en la elaboración. La elaboración transforma la terapia en SEE *(Significant emotional experience;* experiencia emocional significativa) (Massey, 1979), en torno a la cual puede gravitar el cambio.

¿Por qué utilizar?

La utilización es un puente entre los estadios que consisten en fijar los objetivos, confeccionarlos sugestivamente, personalizarlos y elaborarlos. Para definir los objetivos, el terapeuta puede utilizar las capacidades del paciente de subdividir el problema en pequeños elementos, de forma que el recíproco de cada uno de ellos se convierte en un «miniobjetivo». Para empaquetar, el terapeuta puede usar la

técnica que el paciente usa para ser un paciente. Para personalizarlos, el terapeuta utiliza como incentivo los valores del paciente («...porque te resultará difícil»). Para crear el proceso, el terapeuta utiliza la secuencia que el paciente usa para crear o experimentar un problema.

Todos los buenos oradores, en cualquier ámbito, *utilizan.* En el ámbito de la psicoterapia, la utilización da vigor a la terapia y la hace atractiva: respeta al paciente, reconoce su individualidad, la motiva para que esté vigilante y mantiene constantemente alerta la atención del terapeuta.

Me acuerdo de la primera vez que vi a Milton Erickson, en 1973. En aquella etapa de su vida, se veía obligado a estar en una silla de ruedas *y* sufría un dolor crónico. Tenía su propia forma de hacer suya la filosofía de la utilización. Decía con orgullo: «No me molesta el dolor. Es la alternativa lo que no me gusta».

Erickson solía comenzar la jornada entrevistándose con alguien. Se expresaba lentamente a causa de su dolor. Yo estaba lleno de energías y me sentía feliz de encontrarme con él. Me esforzaba por retener cada una de sus palabras, cada uno de sus matices; trataba de clasificar en mi mente todas las técnicas diferentes que usaba. Me preguntaba: «¿Cómo está aplicando la utilización en este momento?».

A medida que pasaba el tiempo, me sentía cada vez más cansado. No conseguía comprender plenamente a nivel cognitivo todo lo que estaba haciendo. A medida que pasaban las horas, Erickson se liberaba cada vez más de su dolor. Tal vez utilizaba su implicación en la conversación como técnica para olvidarse del dolor. En cualquier caso, cada vez estaba más animado y atento. Al final de la jornada yo me encontraba muy cansado y él estaba lleno de energía.

Estas reflexiones me llevan a postular los criterios para el éxito de una terapia. Si el terapeuta se siente mejor *al* final de la sesión, probablemente ha sido una buena sesión. Y para que el terapeuta se sienta mejor, el concepto de utilización es con frecuencia capital.

El metamodelo ha sido presentado ahora en su forma más general. El tratamiento se basa en el presente y se dirige al futuro. La filosofía fundamental del modelo es que hay pocas cosas nuevas (profundas) que decir a los pacientes; sin embargo, hay formas nuevas (profundas) de decir lo que los pacientes necesitan escuchar. Para adherirse a este planteamiento tal vez sea preciso que un terapeuta cambie su definición de terapia.

REDEFINIR LA TERAPIA

La utilización requiere una nueva definición de terapia, en la que esta ya no se considere como educación o análisis de lo que está sucediendo en la estructura del inconsciente o del sistema familiar del paciente

Para el que practica la utilización, la terapia se convierte en *dirigir una llamada. La* terapia consiste en dirigirse constructivamente a la historia del paciente. Debemos pensar que los pacientes poseen, en el bagaje de su experiencia, lo que es necesario para resolver el problema todo fumador sabe cómo encontrarse a gusto sin un cigarrillo.

Todo esquizofrénico sabe cómo comunicar de una forma válida. Estas actitudes existen en la historia del paciente. El terapeuta asume que el paciente ha sido capaz de expresarse de forma adecuada y eficaz en el pasado; por consiguiente, no tiene que enseñarle la forma de ser adecuado, sino más bien, ayudarlo a desbloquear la historia constructiva actualmente bloqueada. La terapia se convierte en un proceso de estímulo a la expresión de los recursos que han permanecido bloqueados durante mucho tiempo.

En palabras de Erickson: «La psicoterapia es la reasociación de la vida interior».

8. LA TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA DE LA «REESTRUCTURACIÓN*

Paul Watzlawick

Según un viejo dicho un optimista es una persona que dice que una botella está medio llena, mientras que un pesimista es una persona que se lamenta de que está medio vacía; sin embargo, ambas se refieren a la misma botella y a la misma cantidad de vino. La diferencia entre ellas se basa en su visión diferente de la misma realidad, pero debería quedar claro inmediatamente que ninguna perspectiva es más «correcta», más «sensata» o más «adecuada a la realidad» que la otra. Igualmente, cuando Alejandro Magno cortó *tout courl* el nudo con que Gordio, rey de Frigia, había atado el yugo a la lanza de su carro, actuó obviamente con la intención de resolver el problema de separar el carro del yugo y ciertamente no con el objetivo de deshacer el nudo gordiano (como habían intentado hacer en vano muchos antes que él). Cinco siglos más tarde, el filósofo estoico griego Epicteto hizo su famosa declaración: «No son las cosas en sí las que nos preocupan, sino las opiniones que tenemos de las cosas».

Mientras que la mayoría de los que trabajan en nuestro terreno estarán de acuerdo en sostener que la «adaptación a la realidad» de una persona es el criterio más importante de su salud o locura, pocos recuerdan que cuando hablamos de realidad es probable que confundamos dos órdenes de realidad muy distintos: una, que podemos definir como realidad de primer orden, tocante a las propiedades físicas de los objetos de nuestra percepción, y otra, definible corno realidad de segundo orden, fundada sobre la atribución de *significado* y *valor* a estos objetos (Watzlawick, 1976). Evidentemente, esto es lo que quiere decir Epicteto.

Aun cuando no hay duda de que en el caso de una disfunción particularmente grave el trastorno puede la final invadir la realidad de primer orden de la persona bajo forma de ilusiones, alucinaciones, etcétera, constatamos que la gran mayoría de los problemas humanos se refieren sólo a la realidad de segundo orden. Con todo, dentro de este reino no existen criterios objetivos sobre lo que es verdaderamente real; es más, el significado y/o el valor atribuido a un objeto, situación, acontecimiento o sobre todo a la naturaleza de una relación humana, no tiene nada que ver con las verdades platónicas, supuestamente objetivas, de las cuales las personas de mente sana serían más conscientes que los locos. Si, por ejemplo, un marido expresa su opinión sobre la naturaleza de su relación conyugal afirmando: «Sé que me desprecias», y su esposa replica llorando. «¿Cómo podré convencerte de que te amo?», no hay ninguna forma de establecer objetivamente quién tiene razón y quién está equivocado y cuál es «realmente» la naturaleza de su relación. Análogamente, una sonrisa es un acontecimiento objetivamente verificable en el reino de nuestra realidad de primer orden. Pero su realidad de segundo orden, es decir, si significa simpatía o desprecio, está más allá de cualquier verificación objetiva. O, para volver a mi punto de partida: que la botella se considere que está medio llena o medio *vacía* no tiene nada que ver con la botella en cuanto tal, sino con el marco global de referencia de la persona.

Mi tesis es que cualquier psicoterapia eficaz consiste en un cambio exitoso de este marco de referencia o, en otras palabras, del significado y valor que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependiente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor y su sufrimiento. Puede parecer que la definición de terapia que propongo es muy arbitraria, superficial y «no psicológica». Pero hay que tener muy presente que esta definición es, por sí misma, una reestructuración que crea una «realidad» diferente, la cual sucesivamente hace que sean posibles intervenciones terapéuticas «imposibles» en el marco de otras teorías de la terapia. «La teoría determina lo que podemos observar», dijo Einstein a Heisenberg ya en 1926; en el campo de la psicoterapia cabe parafrasear su afirmación de este modo: «La teoría determina lo que podemos *hacer".*

Tomemos el ejemplo de un estudiante joven e inteligente que tiene cada vez más dificultades para concentrarse en el estudio. Este hecho lo inquieta mucho, no sólo porque corre el riesgo de suspender, sino también porque está fundamentalmente muy interesado en su ámbito de estudios y piensa que hay algo en él que no va bien si no le resulta gratificante. Además, se siente culpable por ser un peso económico para sus padres y no poder ofrecerles nada a cambio de su sustento. Ahora bien, frente a este problema un terapeuta puede proceder de dos modos muy diversos. Uno de los planteamientos consiste en analizar la resistencia del joven al estudio, tratando de descubrir las causas en el pasado y de llevar al estudiante al *insight;* el otro enfoque del problema consiste en ocuparse de su premisa básica, a saber, que estudiar debería ser gratificante y que debería sentirse sinceramente agradecido hacia sus padres, y se puede lograr haciendo notar al joven que incluso en las mejores circunstancias estudiar es una obligación desagradable y, por tanto, que pensar que de alguna forma debería agradarle sencillamente no es realista. Lo mismo vale para su sensación de estar en deuda con sus padres: la gratitud es una cosa, *el experimentar placer* ante el hecho de sentirse agradecidos es algo muy distinto. Así pues, el terapeuta puede dejar que decida si continúa en su actitud inmadura y no realista hacia el estudio o si tiene coraje y madurez para cuestionarlo vigorosamente. También puede prescribirle que dedique cada día un breve período de tiempo a reflexionar sobre los aspectos desagradables del estudio (la competición con los demás estudiantes, la ansiedad por causa de los exámenes, la inutilidad de muchos aspectos de los estudios y su interferencia general en los aspectos más agradables de la vida de un joven), indicándole que esta actitud es madura y realista, porque la vicia es una mezcla de cosas agradables y desagradables. Por lo general el resultado de este tipo de intervención es que el rendimiento del estudiante mejora, porque su dificultad no se refiere en primer lugar al estudio, sino que se trata de una premisa autodestructiva *relativa* al estudio, que ahora ha sido reestructurada con éxito.

Otro ejemplo tomado del mismo contexto podría ser el de un estudiante que sostiene que no puede estudiar porque está demasiado comprometido en sus actividades extracurriculares. Advierte que debería dedicar más tiempo a los libros y trata de esforzarse por conseguir cada día una cantidad mínima de resultados, pero por mucho que trata de estudiar duramente y durante mucho tiempo, simplemente no logra concentrar su mente distraída en los libros. En su caso se puede lograr una mejoría de forma bastante rápida a través de una prescripción de comportamiento según la cual debería dedicar al estudio sólo un

tiempo razonablemente limitado y al final de este intervalo de tiempo, independientemente de lo realizado —fuese poco o mucho— hasta ese momento, quedaría libre de hacer cualquier cosa que quisiese *excepto* estudiar. Esta intervención correspondiente a una reestructuración de su realidad de segundo orden: ahora la diversión no es una alternativa más atractiva que el estudio, sino que casi se ha transformado en un castigo (podemos comparar esta situación con la de muchas personas que estarían encantadas de quedarse en la cama los días laborables, pero se despiertan el sábado y el domingo de madrugada, cuando podrían dormir todo lo que quisieran). Una imagen especular de estas situaciones es la escena bien conocida en la que Tom Sawyer, condenado a pintar una valla alta y larga, consigue reestructurar su castigo ante los amigos como un privilegio en el que se les permite participar sólo si pagan por ello.

Al especialista que se encuentra frente a las rígidas manifestaciones de la psicopatología podría parecerle que estos ejemplos son limitados y banales. No obstante, los mencionamos aquí porque en su simplicidad muestran la esencia de este tipo de intervención terapéutica. Reestructurar, según una definición ofrecida en otro escrito, «significa cambiar el fondo o la visión conceptual y/o emocional en relación con la cual se experimenta una situación poniéndola dentro de otro marco que se adapta, tan bien o mejor que aquél, a los "hechos" de la misma situación concreta, cambiando así completamente su significado» (Watzlawick y otros, 1974).

Naturalmente, esto no es psicología sino ontología, una disciplina que el lógico Quine definió una vez como la teoría de «lo que existe». Mas es la teoría la que determina lo que «realmente» existe y, por tanto, existen tantas realidades (de segundo orden) como teorías hay. Ya hemos visto que la atribución de significado y de valor a un objeto crea, para el autor de esa atribución, la realidad de segundo orden de este objeto, que sucesivamente podrá provocarle sufrimiento o alegría. Así pues, la reestructuración está íntimamente ligada a este proceso ontológico de creación de realidad de segundo orden, un proceso que no tiene nunca fin; si tiene éxito, crea efectivamente para el paciente una nueva realidad de segundo orden, mientras que la realidad de primer orden de su mundo —los simples hechos— permanece sin cambios.

Este procedimiento suscita perplejidad y serias objeciones teóricas. Sobre todo, ¿cómo puede una intervención tan superficial y manipuladora, que deja intacto el problema subyacente y desprecia el *insight,* producir un efecto duradero? Mas esta objeción se basa en la convicción no cuestionada de que «naturalmente» existe un problema subyacente cuyo síntoma (o una manifestación patológica equivalente) constituiría sólo el aspecto superficial. Lo que esta objeción pasa por alto es que ella misma es sólo una atribución de significado (una «opinión» en la acepción de Epicteto) y en modo alguno un reflejo preciso de la realidad objetiva. La «existencia» de un problema subyacente no es, por tanto, un aspecto de la naturaleza (objetiva) de la *mente* humana, sino la necesaria conclusión que se debe sacar a partir de la naturaleza de una *teoría* psiquiátrica (en este caso de la psicodinámica); la teoría determina lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer. Huelga decir que la reestructuración no es de por sí nada más que una conclusión de este género, deducida y hecha posible por una teoría concreta, a saber, la pragmática de la comunicación humana (Watzlawick y otros, 1967). No obstante, situados como

estamos ante una multitud de teorías a menudo incompatibles y a veces contradictorias, la única pregunta sensata que debemos plantearnos no es qué teoría es más «correcta» o refleja la realidad mejor que las otras, sino simplemente qué teoría produce resultados más eficaces y rápidos.

Aquí surge la segunda objeción más frecuente a la reestructuración. ¿Cómo puede una persona, se nos pregunta, ser motivada para que acepte una interpretación de la «realidad» muy diferente de la suya? Hay dos respuestas a esta pregunta. La primera es que una reestructuración exitosa debe ser comunicada en un «lenguaje» empático y, por tanto, aceptable por el paciente en función de la conceptualización que hace de su propio mundo, es decir, según su realidad de segundo orden. A este respecto es obligatorio citar el trabajo pionero de Milton Erickson (Haley, 1973) y su concepto que dice: «Aceptad lo que el paciente lleva a la terapia». Con esto nos referimos a la necesidad de que el terapeuta *aprenda* a comunicarse con el paciente en el «lenguaje» de este último, en lugar de enseñarle —como se hace en las técnicas terapéuticas más tradicionales— un nuevo modo de pensar y conceptualizar, para provocar el cambio sólo después de que haya tenido lugar este proceso de aprendizaje. La capacidad de adoptar la perspectiva de la realidad del paciente es esencial sobre todo en la hipnosis, pero es igualmente útil en la psicoterapia genérica. En el ámbito de este planteamiento la resistencia no sólo deja de ser un obstáculo, sino que se convierte en el camino principal para el cambio terapéutico. Estas reflexiones nos llevan a la segunda consideración, el uso de la paradoja (dobles vínculos terapéuticos) con el objetivo de hacer que la reestructuración resulte aceptable e incluso inevitable para un paciente. Aclarémoslo con un ejemplo.

Un hombre que tiene unos treinta años sufre una gran tensión durante los períodos de actividad de las manchas solares. Consultando atentamente las informaciones disponibles sobre las tempestades solares, ha comprobado la clara evidencia de sus efectos no sólo sobre las comunicaciones mundiales a través de la radio, sino también sobre su propio sistema nervioso; de hecho, es capaz de predecir este período basándose en el rápido aumento de la tensión nerviosa, que al final hace que le resulte imposible ir a trabajar y lo obliga a permanecer en la cama. Sus amigos y parientes le han hecho notar que esta idea es absurda, y racionalmente él tiende a estar de acuerdo con ellos, pero por otra parte no puede ignorar lo que experimenta. El hombre indica también que ha realizado algunas tentativas vanas de psicoterapia que han hecho que se sienta peor. En estas circunstancias un terapeuta puede elegir de nuevo entre dos planteamientos muy diversos. Existen, por una parte, muchas intervenciones posibles cuyo denominador común es que todas ellas, de una forma o de otra, suponen que el problema debería ser cambiado. El paciente está bien preparado para esta perspectiva: sabe cómo vencerla. Esto no significa que la considere inútil «conscientemente» o «a propósito» y de mala fe; significa simplemente que su forma normal de reaccionar a una oferta de ayuda de ese género consiste en poner de manifiesto que no es la apropiada y que la profundidad de su problema requiere una ayuda mejor y más consistente. De esta forma se ha establecido y se mantiene en un círculo vicioso. Por otra parte, se puede seguir otra aproximación consistente en reestructurar el problema como si tuviese consecuencias muy deseables:

seguramente el paciente habrá notado cuánta comprensión y disponibilidad suscita su difícil situación en los demás, cómo hace que estén dispuestos a favorecerlo y justificarlo, cuántas obligaciones y responsabilidades desagradables puede evitar de este modo, etcétera. Así pues, la esencia de esta reestructuración está en la afirmación según la cual el problema es una cosa buena, y no es preciso cambiarlo. El paciente no está preparado para esta definición de la realidad de su situación; está acostumbrado a recibir ofertas de ayuda (que rechaza por considerarlas ineficaces o inadecuadas), pero no a que le digan que debería persistir en lo que quiere cambiar. Sobre todo, es probable que rechace la reestructuración porque insinúa que existe un objetivo calculado e incorrecto detrás de la fachada de su sufrimiento, pero no puede pasar del todo por alto que esta explicación se adapta a los hechos al menos tanto como la teoría de las manchas solares. Por eso, si el terapeuta le da instrucciones para que acentúe el uso de estas ventajas (que, por otra parte, no puede admitir que las definan como tales), se crea una situación paradójica en la que el paciente tiene que afrontar cambios, tanto si sigue las instrucciones como si no las sigue. En efecto, si continúa con su comportamiento sintomático, el terapeuta puede elogiarlo por haber aceptado la reestructuración y animarlo para que avance en esta orientación, lo que significaría que el paciente tiene control sobre su propio síntoma, al menos en el sentido de que puede aumentarlo y, por tanto, implícitamente también disminuirlo; si asume la posición contraria y quiere probar al terapeuta que su reestructuración es errónea, sólo puede hacerlo disminuyendo el control que ejerce sobre el ambiente por medio de su propia debilidad, y esto equivaldría de nuevo a una disminución de su comportamiento sintomático.

El rechazo de una reestructuración no sólo no constituye un obstáculo para el cambio terapéutico, sino que con frecuencia constituye un prerrequisito deseable. Don D. Jackson, fundador y primer director de nuestro instituto, trató en una ocasión a una pareja cuyo problema principal eran las duras escaladas simétricas de agresividad, interrumpidas sólo por breves períodos de agotamiento físico y emotivo. Jackson reestructuró la situación como si fuese el resultado de una implicación mutua insólitamente profunda, porque —así les decía-- sólo dos personas que se aman muchísimo pueden discutir con tanta intensidad. La insensatez —deliberada— de esta redefinición cíe su problema estimuló a los cónyuges a demostrar al terapeuta qué error más absurdo estaba cometiendo. No obstante, sólo podían hacerlo discutiendo menos, para probar que no podían amarse uno a otro de la forma que él afirmaba. Pero, al discutir menos, empezaron inmediatamente a sentirse mejor.

Una madre que se describe como hiperprotectora exagera muchísimo la importancia de los problemas que su hijo único está teniendo en las primeras semanas de colegio. Nunca ha estado lejos de casa y le resulta difícil adaptarse a la vida en un dormitorio, a algunos aspectos de la disciplina, al ruido que hay a su alrededor, etc., pero está bastante decidido a salir airoso de las dificultades. La mujer, por otra parte, sostiene que no habría que pretender que su hijo soporte todas aquellas cosas desagradables y que no debería dudar en regresar a casa en cuanto la situación le resulte insoportable. No es difícil comprender que ella puede efectivamente inducir al muchacho a tirar la toalla y dejar el colegio *en* cuanto las cosas se compliquen un poco, y es

igualmente obvio que si sencillamente se le hiciese notar lo que está haciendo, difícilmente dejaría de hacerlo. No obstante, si en presencia de su hijo se le hace notar que alejarse de casa es la mayor conquista posible en la vida de un muchacho, que esta conquista es más grande cuanto más difícil resulta, y que por eso debería hacer que el regreso a casa fuese sumamente agradable, la situación queda reestructurada para los dos. Su intento de hacerle la vida fácil es calificado como una forma de hacérsela difícil, y hacérsela difícil es definido como una función materna importante, necesaria a fin de prepararlo para la vida. Como ella no puede estar de acuerdo con esto, la única alternativa es «ayudarlo» menos.

En este libro estamos estudiando la eficacia de la psicoterapia. El término es engañosamente simple, porque lo que se considera un cambio eficaz dentro del marco de una teoría, se puede definir en otra como manipulación superficial (o algo peor). No sólo la dirección, sino también el fin de la terapia está determinado por la realidad de segundo orden del terapeuta. Alan Watts dijo una vez que la vida es un juego cuya regla número uno es: esto no es un juego; es algo muy serio. Y hablando de reglas, Wittgenstein observó hace muchos años que si alguien atrae nuestra atención sobre un aspecto concreto de un juego, éste deja de ser aquel juego. «[Él]« nos ha enseñado otro juego en lugar del nuestro. Pero, ¿cómo ha podido el nuevo juego hacer que el viejo cayera en desuso? Ahora vemos algo diferente y ya no podemos continuar jugando ingenuamente como antes» (1956; pág. 132). La reestructuración es una técnica terapéutica que utiliza el hecho de que todas las «reglas», todas las realidades de segundo orden, son relativas, que la vida es lo que se dice que es. Para muchas personas ésta es una píldora amarga, difícil de tragar; prefieren, en la acepción de Laing, jugar al juego de no ver que están jugando un juego (Laing, 1970), y dicen que su ceguera es honradez. Estas observaciones no se han hecho para ellos y se les exhorta a olvidarlas lo antes posible.

9. TERAPIA SISTÉMICA INDIVIDUAL*

John H. Weakland

Es posible que el título de mi artículo, «Terapia sistémica individual«, les parezca a algunos oscuro o contradictorio, mientras que a otros muchos podrá sugerirles significados aparentemente claros pero diferentes entre sí. Trataré, portante, de definir lo más clara y explícitamente posible lo que me propongo analizar en este escrito y —lo que no es menos importante— las premisas fundamentales en las que se basa esta argumentación.

En primer lugar deseo analizar el tratamiento de los casos en los que aparecen manifiestamente problemas familiares —conflictos de pareja y dificultades entre padres e hijos, para citar sólo dos ejemplos banales y muy comunes— que implican un encuentro con uno o más miembros de la familia por separado, durante una fase o durante todo el tratamiento, y no aquel tipo de encuentros con toda la familia que a veces son considerados como un principio inmutable de la terapia o como habito (rutina) indiscutible.

En segundo lugar, me propongo estudiar el tratamiento de problemas que se presentan como manifiestamente centrados en el individuo como el sentido de soledad o el aislamiento, la ansiedad, el miedo, la dificultad en determinadas prestaciones, el insomnio, etcétera. Me refiero, en esta parte, a una concepción *interaccional* de los problemas que —como explicaré brevemente más adelante— considero la característica fundamental de toda la terapia sistémica. Este segundo argumento se podría considerar como el complemento o el contrapunto del primero.

Hay dos premisas fundamentales —en el tratamiento de situaciones que también se presentan como diferentes— sobre las cuales se basa la concepción interaccional y en cuyo análisis deseo detenerme; con todo, antes de indicarlas quiero subrayar explícitamente que no pretendo exponer verdades o realidades referentes a los problemas y a su tratamiento, sino simplemente puntos de vista que mis colegas y yo, sobre la base de nuestra experiencia, consideramos útiles para conceptualizar la naturaleza de los propios problemas y su solución (Weakland y otros, 1974; Watzlawick y otros, 1974; Herr y Weakland, 1979; Fisch y otros, 1982). Cabe ver esencialmente tales premisas como partes de un mapa elaborado para guiar a los terapeutas durante el curso de la terapia; como consecuencia, deben ser juzgadas según este criterio: ¿son útiles para ayudar al terapeuta y sus clientes a alcanzar el destino, es decir, la resolución del problema?

La primera premisa, tal y como yo la entiendo, distingue la terapia sistémica de la mayor parte del resto de los enfoques psicoterapéuticos y de gran parte del tratamiento bioquímico. Consiste en aceptar los problemas en la forma en que son presentados, es decir, que consisten en comportamientos —generalmente descritos por el paciente en la presentación de su malestar— tan perturbados y perturbadores, o bien aparentemente no tratables, que inducen a la persona a buscar una ayuda profesional para cambiarlos y no, por el contrario, simplemente como la manifestación de algún desorden más profundo de la persona o de la familia. Ahora bien, ya que la interacción corriente entre el «paciente identificado» y los demás sujetos implicados es el factor principal de la formación y del

mantenimiento del problema, es también el factor principal para el cambio y la solución del mismo. Los fundamentos o las razones que nos llevan a sostener esta concepción no tienen una importancia crucial, porque, como ya se ha dicho, ésta se basa en primer lugar en el criterio pragmático de la utilidad; conviene, no obstante, explicitar algunas consideraciones que aclaran la importancia y el significado de la asunción de esta perspectiva. Para empezar, el presente es todo aquello sobre lo que podemos trabajar. Aunque la mayor parte de los enfoques psicoterapéuticos han subrayado la importancia de la experiencia anterior y de la historia de vida, el pasado es fundamentalmente un dato, no está sujeto a cambios sino únicamente, como máximo, a una reinterpretación que se configura como una acción del presente. De forma bastante semejante, la configuración genético-fisiológica es también un dato cuya influencia puede, como mucho, ser modificable tomando fármacos de forma controlada, un procedimiento generalizado y habitual y que en algún caso representa un cambio impuesto por un agente exterior en un paciente pasivo. La concepción interaccional, de forma claramente opuesta, sostiene que las situaciones presentes, por difíciles y estresantes que sean, se perpetúan sin cambios a través de los comportamientos individuales de los miembros de cualquier sistema. En esta perspectiva, la persistencia de un problema, y no su origen, el punto crucial para la terapia. Por ello un posible cambio del presente —y, por medio de él, del futuro— consiste en modificar el comportamiento de las partes más directamente implicadas en el problema; naturalmente, este procedimiento comprende también el cambio de las interpretaciones de los acontecimientos tanto pasados como presentes. Así pues, la perspectiva interaccional focaliza los elementos que pueden producir un cambio, en lugar de tratar de limitarlo, y considera a los que están implicados en los problemas como actores responsables y no como víctimas pasivas de las circunstancias, según una concepción de los problemas fundamentalmente más optimista y humanista.

Resulta obvio que la segunda premisa es un corolario de la primera. De forma muy sencilla podríamos decir que si la interacción entre los miembros de un sistema social se considera como determinante para la formación de un comportamiento actual, de ello se sigue que una modificación del comportamiento de cualquier miembro de ese sistema —pensamos particularmente en una familia, como el más omnipresente, inclusivo y duradero tipo de sistema— conduce a una modificación consiguiente del comportamiento de los demás miembros del sistema. Por tanto, aplicando la interacción sistémica, debería ser posible influir indirectamente en el comportamiento de cualquier miembro de un sistema dado si se influye, de forma apropiada, en el comportamiento de otro miembro.

El punto de vista interaccional y sistémico supone también que se pueda influir en el comportamiento de cualquier miembro del sistema modificando el comportamiento de otro; con todo, es una buena norma favorecer un encuentro general con todos los miembros en un abanico de circunstancias. Si cada uno de los miembros tiene la misma importancia para la existencia y la persistencia del problema y está implicado del mismo modo, entonces un régimen preestablecido de encuentros con todos los miembros puede tener sentido o, al menos, parece que no hay razón para proceder de otra forma. La convicción de que siempre es así se acepta casi universalmente, si bien de forma implícita,

entre los terapeutas cíe la familia, pero hay buenas razones para considerarla con escepticismo. Creer en la existencia y la importancia comportamental de la interacción entre todos los miembros de un sistema la miliar (o de otro sistema) no implica necesariamente que todas y cada de las interacciones dentro de ese sistema tengan la misma importancia para determinar todos los comportamientos concretos de todos los miembros, incluido el comportamiento calificado como problemático. En realidad, si fuese así, un terapeuta que se dedica a problemas familiares específicos se *vería* superado desde el principio, porque debería considerar que todos los comportamientos observados y presentados son equivalentes y, por tanto, debería afrontar el problema de cambiarlos de una forma que supera los recursos personales y de la teoría. En cambio, y de acuerdo con las observaciones y el conocimiento común, tiene mucho más sentido suponer que algunas interacciones (e, igualmente, algunas relaciones, porque una relación es principalmente una suma o modelo de interacciones determinadas) pueden ser sumamente significativas en referencia a determinados comportamientos de determinadas personas, pero de escasa importancia para otros comportamientos o personas. De un modo más específico, algunos y hasta todos los comportamientos de algunos miembros de una familia pueden tener una importancia totalmente marginal frente a un comportamiento problemático específico de un miembro. De hecho, esto se reconoce comúnmente —aunque de forma implícita— por ejemplo cuando una particular escuela de terapia sistémica concreta adscribe una importancia primaria a un determinado aspecto del funcionamiento de la familia evidenciado como la «estructura» o la, «comunicación», y también en la práctica común del tratamiento de problemas de pareja cuando no se implica a los hijos en la sesión terapéutica.

De ello se sigue que, aun cuando un comportamiento problemático esté considerado fundamentalmente como una respuesta a otro comportamiento en el contexto de la familia —concepción que no sólo compartimos, sino que también sostenemos—, esto no implica que toda la familia deba acudir necesariamente a la terapia y que se deba investigar/influir en todo el contexto de la interacción; más bien se busca cuál es el comportamiento más significativo en la persistencia del problema, y que es preciso examinar y cambiar para modificar esa persistencia a fin de resolver de este modo el problema.

Aunque se admita este planteamiento, podría haber no obstante un fundamento razonable para citar a todos los miembros de la familia conjuntamente; por ejemplo, si no sabemos cuál es el comportamiento específico de la familia que es importante en relación con el problema en cuestión o si sólo tenemos alguna duda, entonces tendría cierto sentido convocar a toda la familia, porque en este caso el terapeuta puede observar a todos los miembros y hacerles preguntas con la esperanza de encontrar algún indicio relativo a los aspectos de la interacción recíproca que pueden ser importantes para la existencia del problema, y decidir qué punto puede exigir un examen posterior y más profundo y, si fuera posible, un cambio.

Desearía sugerir que la ignorancia y la incertidumbre en relación con estos objetos han sido responsables, de forma probablemente significativa, del acento puesto en los orígenes de la terapia sistémica y familiar en la necesidad de convocar a toda familia como cuestión de principio, un principio que yo mismo destacaba anteriormente (Jackson y Weakland, 1961). Era natural y probablemente inevitable— emprender este camino en el momento en que nuestra posición cognitiva

podía ser resumida así: «Estamos convencidos de que hay algo en el contexto de la familia que es muy importante para la existencia de un problema, pero no estamos seguros de qué es exactamente; permitidnos, pues, observar a toda la familia para tratar de encontrar lo que es importante en el caso en cuestión.

Con todo, pienso que hemos recorrido un largo camino desde aquellos inicios y que hemos dado algunos pasos importantes, aunque con incertidumbre. Desde hace algunos años, mis colegas y yo hemos estructurado el tratamiento adecuado en relación con una respuesta a la exigencia de precisar qué aspecto de la interacción familiar es más importante para la existencia y la persistencia de los problemas. En pocas palabras, nuestra concepción es que los problemas persisten porque los intentos realizados por el paciente y las demás personas involucradas para salir de ellos —el mecanismo de los «intentos de solución»— sirven involuntariamente para mantener o exacerbar el comportamiento problemático. En esta perspectiva, la solución del problema depende del abandono de esos intentos de solución, y la primera tarea del terapeuta consiste en promover un cambio concreto de comportamientos. Dado que es difícil, por no decir imposible, poner fin simplemente a cualquier comportamiento, realizar este proceso significa generalmente que el terapeuta debe promover la sustitución del comportamiento originario e ineficaz de «solución» del problema por otro comportamiento diferente e incompatible con el anterior. Además, puesto que la «solución» originaria parece siempre razonable y apropiada a los que intentan llevarla a cabo—se trata a menudo de una cuestión de planteamiento habitual o basado en el sentido común—, el logro del cambio exigirá, por regla general, tanto una intervención activa como una planificación estratégica para maximizar la influencia del terapeuta. En el resto de este artículo analizare como esta concepción de los problemas y del tratamiento lleva a entrevistarse con los miembros de la familia por separado, y cómo este tipo de práctica condiciona el enfrentarse a problemas aparentemente «individuales«.

Sobre la base de las indicaciones metodológicas que acabamos de exponer el problema de dónde y cómo intervenir (así como todas las elecciones realizadas en el curso de una terapia) pasa a ser una cuestión de importancia estratégica: ¿a quién habría que citar y en quién habría que influir a fin de prohibir el intento de solución del modo más eficaz y eficiente? ¿Qué criterios son útiles para decidirlo? ¿Cómo se puede inducir a las personas elegidas —ya sean una o más— a operar ese cambio del mejor modo?

En primer lugar, el terapeuta debería concentrar sus esfuerzos en la persona más implicada en el problema y que, por tanto, está más motivada para emprender una acción de cambio. Esta persona, a la que cabe definir como solicitante principal, puede ser el paciente identificado o no. Además, quizá sea útil secundariamente identificar a la persona que tiene más capacidad para poner en marcha un cambio. Concebir a la familia como un sistema de relaciones que involucran a todos los miembros no implica necesariamente asumir que todos los miembros estén igualmente implicados en un problema o situación específicos, y análogamente no implica que tengan la misma capacidad de mantener o cambiar las cosas.

Estas consideraciones pueden llevar a concentrar la atención y el esfuerzo en un individuo concreto entre los implicados en una situación problemática. A veces cabe

citar a varios miembros y motivar a todos y cada uno de ellos para que cambien, al menos hasta que el terapeuta descubra —por medio de tentativas— que uno de ellos es más receptivo al cambio que los otros. No obstante, en muchas situaciones habituales se puede reconocer desde el principio que una persona involucrada en el problema no será probablemente receptiva a la intervención que tiene como objetivo el cambio, mientras que otra probablemente será más receptiva.

Por ejemplo, determinados pacientes acuden a la terapia no por iniciativa propia o voluntad, sino obligados por otros. En todos estos casos, las probabilidades del terapeuta de conseguir un cambio son mucho más altas si éste logra trabajar en primer lugar con el que solicita una terapia y no con el «paciente identificado», que en general es pasivo o se resiste. Es muy frecuente toparse con estas situaciones si el paciente identificado es un niño. Muy a menudo el niño no percibe la existencia de ningún problema, excepto, tal vez, el hecho de que sus padres lo oprimen injustamente. Los padres son los solicitantes y por eso se muestran receptivos y dispuestos a realizar formas de cambio cada vez que se ven implicados en la terapia; además, tienen más capacidad de hacerlo, aunque al principio quizás no lo comprendan. Por ello en estos casos trabajamos con uno de los padres o con los dos. La situación fundamental es muy semejante a otros casos de pacientes obligados, como un cónyuge al que ha llevado a terapia el otro, o individuos obligados a realizar la terapia por instancias o personas sociales (profesores, empresarios, responsables de la vigilancia, jueces), aunque en estos casos con frecuencia es difícil establecer un contacto con el verdadero solicitante.

Otra clase, que a veces se superpone a la anterior, comprende los casos en que una persona (con frecuencia, pero no siempre, el paciente identificado) se presenta como esencialmente bloqueada, deseosa pero incapaz de poner en práctica ni una sola de las acciones útiles sugerida por el terapeuta. Aquí, aunque hay modos para movilizar a la persona bloqueada en su impotencia para que reaccione —y cabe recurrir a ellos si existe necesidad efectiva— a menudo es más útil trabaj*ar* con la parte «que colabora», generalmente presente en la situación. Por ejemplo, un cónyuge puede estar preocupado por la aparente incapacidad del esposo/a y, sin embargo, alimentar involuntariamente comportamientos que hacen que se lo imagine porque él mismo asume demasiada responsabilidad. Si se logra inducir al miembro interesado y excesivamente responsable de la pareja a que abandone su posición de «salvador competente» —por ejemplo, comprometiéndolo en afirmaciones o acciones aparentemente irresponsables—, es probable que este cambio proporcione la más sencilla y *eficaz* resolución del problema.

Se procede trabajando inicialmente con un individuo —*o* con varios, por separado— en los casos en que las personas implicadas en un problema tienen planteado un claro conflicto; se trata en general de problemas entre padres e hijos, pero el mejor ejemplo es el del conflicto conyugal. Una sesión con ambos cónyuges es a menudo más que suficiente para mostrar al terapeuta el tipo de conflicto existente. Es muy probable que otras sesiones posteriores con ambos cónyuges produzcan sólo el resultado de convertir al terapeuta en juez del conflicto. Aunque las dos partes deseen sinceramente el cambio, cada una quiere que lo realice la otra, o al menos que lo lleve a cabo en primer lugar, y cada una presiona para que el terapeuta se ponga de su parte. En estos casos, es más sencillo y productivo citar a cada parte por separado, porque así el

terapeuta puede asumir una actitud de conmiseración, coincidiendo con cada uno de los cónyuges en que el otro es verdaderamente una persona con la cual es difícil convivir, lo cual, por otra parte, tal vez sea cierto en ambos casos, esta actitud de complejidad mitiga la posición defensiva y ofrece las premisas para la aceptación de inyunciones a cambios en el comportamiento con el cónyuge, presentados como necesarios precisamente por que una persona tan difícil requiere ese tratamiento especial.

Además de permitir esta estrategia, encontrarse con los pacientes por separado pondrá de manifiesto aspectos útiles desde el punto de vista terapéutico, por ejemplo que los miembros de una familia no tienen el mismo estatus, o que la falta de cooperación de un miembro no hace que los demás sean incapaces de actuar.

Finalmente, hay casos en los que no es posible entrevistarse directamente con el sujeto: un paciente identificado puede negarse a hablar con el terapeuta, o quizás un pariente significativo viva lejos. Aquí no es necesario optar por el abandono o *realizar* intentos, tal vez vanos, de llevar a la terapia a la persona que falta; se puede trabajar eficazmente con cualquier persona interesada que se muestre disponible.

Las consideraciones generales y las ilustraciones de situaciones habituales presentadas ofrecen algunos criterios útiles para decidir cuándo hay que entrevistarse con los pacientes por separado y no al mismo tiempo. Pero cuando el terapeuta ha decidido encontrarse con alguno individualmente, ¿cómo se debe proceder y cómo debe intervenir el terapeuta dentro de nuestra estructura conceptual para hacer que el cliente sustituya su intento de solución por un comportamiento sustancialmente diferente e incluso, como se puede predecir, contrario? Por razones de espacio no puedo ilustrar todo esto adecuadamente. Nuestra teoría es sencilla, pero su aplicación no: la práctica efectiva se basa en tomar nota de los detalles concretos, diferentes en cada caso. En este artículo sólo disponemos de espacio para establecer algunos principios fundamentales de tal intervención y ofrecer un pequeño grupo de ejemplos.

En primer lugar, para intervenir eficaz y rápidamente es preciso que el terapeuta preste atención al lenguaje y a la actitud del paciente, a cómo ve el problema y la terapia, a cuáles son sus creencias y sus valores. Trabajando en tiempos breves, no se puede enseñar a un paciente el lenguaje y el sistema de creencias del terapeuta, ni siquiera si se considerara necesario. Nuestro objetivo es más bien el de utilizar los puntos de vista y los valores que el cliente lleva a la terapia a fin de *realizar* un cambio —que tal vez sea aparentemente pequeño, pero significativo en cualquier caso— en su modo de afrontar el problema, con el fin de interrumpir el círculo vicioso constituido por la interacción entre «problema» y «solución». Para llevar a término este proceso generalmente son necesarias cuatro fases:

1. Comprender la naturaleza del punto de vista y de la actitud del cliente.
2. Reconocer y aceptar que son legítimos, a menudo de forma explícita.
3. «Reestructurar» esta perspectiva, por lo general poniendo de manifiesto la presencia en la situación de factores particulares que anteriormente no se habían tomado en consideración, de forma que pueda adquirir una nueva dirección o implicación.
4. Utilizar la nueva dirección para proponer y promover nuevas y diferentes acciones del cliente al afrontar el problema.

Pongamos un ejemplo. Un padre está preocupado por el comportamiento de su hijo —por ejemplo, por su fracaso en la realización adecuada de los deberes de la escuela—, pero lo atribuye a un problema psicológico subyacente: la falta de confianza del muchacho. De acuerdo con esta convicción, por una parte el padre anima verbalmente al muchacho («Puedes conseguirlo»), mientras que por otra está siempre preparado para proporcionar ayuda cuando su hijo se lamenta por alguna dificultad con los deberes escolares que debe realizar en casa, aunque después el hijo no consiga sacar provecho de esa ayuda. Es improbable que se pueda decir directamente a un padre como éste que, con su indulgencia y excesiva disponibilidad, está ayudando a su hijo a ser perezoso. Es mucho más útil que el terapeuta diga al padre que está de acuerdo con su «diagnóstico», pero que después la muestre que, inadvertidamente, está incrementando la falta de confianza de su hijo porque pone excesivamente de manifiesto su competencia —que intimida a su hijo— tanto con las palabras («No es tan difícil») como con las acciones (ayudándolo de forma competente a realizar los deberes). Para ayudar mejor a su hijo —lo cual, por otra parte, es su motivación más importante—, el padre deberá en cambio reconocer que el trabajo es más bien difícil y, aunque continúe ayudándolo, cometerá errores tan banales que el hijo logrará corregir a su propio padre. El objetivo, desde el punto de vista del comportamiento, es conseguir que el padre deje ayudar demasiado *a* su hijo y de cargarlo con una responsabilidad excesiva; la reestructuración descrita funciona bien con esta orientación.

Otro ejemplo puede ser el de una mujer que se lamenta de que su marido no se preocupa bastante de ella, como testimoniaría el hecho de que no le regala los objetos ni le presta las atenciones que ella personalmente desea. A través de un examen prudente con la mujer y posiblemente de una sesión con el marido a solas, el terapeuta comprende que la mujer no dice a su marido lo que quiere o, en el mejor de los casos, se lo dice sólo de una forma vaga, indefinida, y que el marido satisfaría sus deseos si los conociese. En esta situación, el terapeuta evita comunicárselo directamente a la mujer: puesto que ya se siente en una posición inferior en su relación con el marido, probablemente percibiría la comunicación como una culpa más, y opondría resistencia en lugar de cooperar. En cambio, el terapeuta puede manifestar que está de acuerdo con ella en que su marido no la trata como debería, para reestructurar después esta percepción ofreciendo una explicación diferente de su comportamiento, una *razón* que la sitúe en posición de superioridad con respecto a él: no es que él se desinterese o no se preocupe por complacerla, el hecho es, más bien, que sufre un déficit específico, la falta de sensibilidad perceptiva hacia los aspectos emotivos. Por eso sufre una especie de retraso, aunque sólo sea de forma leve y únicamente en esta esfera; necesita que ella explicite todo lo que desea y se lo diga abiertamente. Sobre la base de una reestructuración de este tipo, es probable que la mujer se muestre disponible a cambiar su comportamiento en esta dirección y el problema quedará resuelto.

Desde nuestro punto de vista, cualquier limitación a este planteamiento en el trabajo con las familias o las parejas realizado con una persona (o con más de una, pero por separado), es más cuestión de técnica que de principio; aunque no sea siempre el preferible, hay muchas situaciones en las que este planteamiento

es deseable o necesario y, a nuestro parecer, no hay contraindicaciones generales para usarlo en todo tipo de problemas.

No obstante, debemos hacer una invitación a la prudencia. Esta forma de trabajo, aunque parezca simple en principio, es compleja en la práctica. La información sobre los detalles, únicos y específicos en todos los casos, se hace muy importante en las terapias breves, que, sin embargo, al parecer corren precisamente el riesgo de contar con una información insuficiente en casos —como en el indicado— en los que no hay un encuentro conjunto con todas las personas implicadas en el problema. Según nuestra experiencia, es posible suplir la falta de observación directa basándose en la experiencia de casos semejantes en los que el terapeuta se encontraba con todas las personas involucradas. En conclusión, es útil encontrarse con más de una persona por separado y comparar los diversos informes y sobre todo concentrar la investigación en lo que dicen y hacen específicamente las personas en relación con el problema; el método que consiste en usar libremente de la inferencia y la «sensibilidad perceptiva» para suplir la recogida atenta de informaciones no es fiable.

Pasemos ahora a los «problemas individuales». No es mi intención plantear de nuevo el problema de las posibilidades de combinar, en la teoría o en la práctica, la concepción sistémica y la psicodinámica individual: mi objetivo es sencillamente analizar cómo mis colegas y yo —o terapeutas que no asumen por principio que cualquier problema es necesariamente un problema de la familia—nos acercarnos a los diferentes problemas habitualmente considerados como individuales, al menos por la forma en que se presentan.

Para definir brevemente la cuestión, vemos y tratamos todos estos casos fundamentalmente de las mismas formas ya expuestas anteriormente. Por consiguiente, aunque en tales casos tendemos a ver sólo a un individuo (con alguna excepción, como indicamos a continuación), nuestra suposición fundamental sigue siendo interaccional y nuestra atención se dirige preferentemente a la relación entre el comportamiento problemático y el intento de solución.

Hay una especie de clase transaccional de casos en los que la aplicabilidad de este planteamiento es relativamente fácil de imaginar; dicha clase incluye los casos en que un paciente ve su propia dificultad como problema individual, pero que afrontados con un planteamiento interaccional, revelan ya en las primeras informaciones que también el comportamiento de alguna otra persona es probablemente decisivo para el mantenimiento del problema. La hipótesis es natural en el caso de los problemas sexuales, en los que el momento interactivo es explícitamente relevante, pero también en el caso de otros problemas, muy frecuentes, en los que hay un «salvador» implicado en los intentos de afrontar las dificultades del paciente como, por ejemplo, en el alcoholismo. El papel de la interacción sería menos evidente en los casos de ansiedad o fobia, pero también aquí un examen breve revela a menudo que alguna persona contribuye significativamente a mantener el problema (Nardone, 1993), o dando ánimos («Puedes conseguirlo si lo intentas») o haciendo en lugar del paciente las cosas que éste debería hacer solo o, como sucede con frecuencia, de las dos formas.

De hecho, cuanto más se toman en consideración estos casos, más se parecen a todos los demás tratados con terapia sistémica, excepto en que el paciente hace más hincapié en el hecho de que se trata de un problema

únicamente suyo, individual (esto se puede comprobar en muchos problemas que los terapeutas sistémicos interpretan como manifiestamente familiares, pero que los miembros de la familia, al menos al principio, interpretan de forma diferente). Desde nuestro punto de vista este énfasis puede constituir una amenaza para el trabajo interaccional y se afrontaría de dos modos: el terapeuta debe evitar la explícita indagación o discusión de la definición dada por el paciente. Puede, por tanto, encontrarse con el paciente a solas; en cualquier caso, las modalidades de las intervenciones se fundamentan en la concepción interaccional del problema al que el terapeuta hace referencia. También sucede que otra persona relevante acuda a la terapia (para un encuentro por separado o, si se puede, conjunto), no como parte del problema, sino sencillamente como interesada y como posible fuente de ulterior información o de ayuda. Por lo demás, el tratamiento, como siempre, se centra en la prohibición de intentos de solución inadecuados por parte del paciente, de otra persona o de ambos.

Veamos ahora el caso de los problemas que parecen implicar sólo al paciente, en gran parte o totalmente. Por ejemplo, el de pacientes que presentan su problema como aislamiento social extremo, o el de quienes lo ocultan a todos excepto al terapeuta, con éxito aparente, o el de los insomnes, que viven solos y no hablan de su problema con ninguna otra persona.

También en estos casos trabajaremos según el mismo modelo fundamental, interesándonos en saber cómo persiste el problema por causa de los intentos de solución inadecuados. La única diferencia significativa es que en esos casos los intentos de solución cruciales son los del paciente y no los de otras personas. La perspectiva sigue siendo aún esencialmente pragmática, y su objetivo es identificar cuáles son los comportamientos manifestados por la persona aislada —también en este caso involuntariamente— que contribuyen a mantener tal aislamiento. Puede ser, por ejemplo, que el hecho mismo de que se oculte el problema sea importante para su mantenimiento; la evasión es un intento de solución muy común. Con frecuencia el hecho de que un terapeuta logre inducir a un paciente a declarar públicamente un problema —ansiedad o nerviosismo al hablar, o en los encuentros con personas del sexo contrario, por ejemplo— es suficiente en muchos casos para resolver el problema.

Por lo demás, sin forzar excesivamente el concepto, también cabe concebir de forma interaccional otros problemas aparentemente más «individuales: una persona se comunica con claridad, a veces incluso sin hablar, justamente apartándose de los demás, y este comportamiento es tan interaccional como el de buscar relaciones. Y finalmente, se podría pensar que el individuo que lucha solo contra un problema, por ejemplo el insomne que idea y experimenta diversas formas de «meterse en la cama», interactúa consigo mismo, porque decide por sí solo qué hacer y cuáles deberían ser las soluciones de su problema.

Sobre la base de lo que hemos expuesto hasta aquí, y asumiendo rigurosamente el concepto de interacción, cuestiones como el tipo de problemas concreto o el número de personas con las que el terapeuta se encuentra al mismo tiempo resultan menos decisivas al final del tratamiento.

10. TERAPIA BREVE: UN DESARROLLO FOCALIZADO EN LA SOLUCIÓN*

Steve De Shazer, Insoo Kim Berg, Eve Lipchik, Elam Nunnally, Alex Molnar, Wallace Gingerich y *Michele Weiner-Davis*

La teoría y la práctica de la terapia breve se han desarrollado significativamente en el decenio posterior a la publicación de los artículos «Brief therapy: focused problem resolution», de Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) y «Brief Therapy: two's company», de De Shazer (1975). El trabajo en el Brief Therapy Center (Weakland y otros, 1974) del Mental Research Institute (MRI) se realizaba dentro de un límite establecido de diez sesiones y Watzlawick y sus colaboradores informaron de que en el 72 % de los casos tratados se consiguieron los objetivos del tratamiento o se produjeron mejorías significativas en una media de siete sesiones. Nuestros estudios de seguimiento en el Brief Family Therapy Center (BFTC) de Milwaukee, en el que hemos utilizado las mismas preguntas usadas en el MRI, indican un análogo porcentaje de éxito. En el BFTC trabajamos sin un límite preestablecido de sesiones; a quien pide una previsión le respóndemos el menor número posible». Nuestro número medio de sesiones por paciente ha bajado de seis en mil seiscientos casos (de I978 a 1983) a menos de cinco en quinientos casos en 1984.

Es importante definir la terapia breve con parámetros diferentes de los temporales, porque en general los clientes tienden a permanecer en la terapia solo de .seis a diez sesiones (Garfield, 1978; Koss, 1979; Gurman, 1981), independientemente de los programas o de la orientación del terapeuta. Así pues, nosotros indicamos esta distinción:

1. la terapia breve definida en razón de los límites temporales.
2. La terapia breve definida como modo de resolver los problemas.

EVOLUCIÓN

La «historia divulgada» de la terapia breve —tal como se define en este escrito— se puede remontar al artículo de Milton Erickson de 1954, «Special techniques of brief hypnotherapy» (Erickson, 1954a; Haley, 1967), en el que se describe de forma particularizada, a través de ejemplos de siete casos clínicos, una aproximación focalizada de esta forma:

> [...] la tarea terapéutica [que] se convierte en un problema de utilización intencional de la sintomatología neurótica para afrontar las necesidades únicas del paciente. Tal utilización debe satisfacer el deseo forzoso de los impedimentos neuróticos, las limitaciones impuestas a la terapia por las fuerzas externas y, sobre todo, debe proveer adecuadamente de adaptaciones constructivas ayudadas y no obstaculizadas por la persistencia del estado neurótico. Tal utilización se ilustra [...] mediante especiales técnicas hipnoterapéuticas de sustitución, transformación, mejoría del síntoma y de inducción cíe respuestas emocionales correctivas (Haley, 1967, pág. 390).

A nuestro parecer, ésta es la clave de la terapia breve: *utilizar lo que los clientes llevan consigo para ayudarlos a apagar sus propias necesidades deforma que puedan hacer que sus vidas sean satisfactorias.* Aunque hable de «síntomas neuróticos», Erickson afirma, no obstante, que —al menos en las terapias breves— no se realiza ningún intento de corregir «inadaptaciones causales subyacentes» A nuestro juicio, no hay necesidad de ellas.

A finales de la década de 1960 y a principios de la década de 1970 se asistió a un desarrollo de la terapia breve en conexión con el crecimiento de la terapia sistémica. En 1968 se fundó, junto al Mental Research Institute de Palo Alto, el Brief Therapy Center; en 1974 se publicó «Brief therapy: focused problem resolution» (Weakland y otros, 1974); el mismo año se publicó «The treatment of children through brief therapy of their parents» (Selvini-Palazzoli y otros, 1974), a cargo del Centro per lo Studio della Famiglia de Milán (cuya actividad había empezado en 1971). En 1969 De Shazer comenzó a desarrollar su propio modelo de terapia breve (sin tener conocimiento del trabajo del grupo de Palo Alto hasta 1972) y en 1975 se publicó «Brief Therapy: two's company» (De Shazer, 1975).

Estos tres artículos y los dos libros publicados durante el mismo período —*El cambio* (Watzlawick y otros, 1974) y *Terapias no comunes* (Haley, 1973) — tienen mucho en común: todos ellos consideran cómo se mantienen los problemas, *y no* cómo *resolverlos.* El centro de atención se dirigía claramente a las técnicas diversas y eficaces, ilustradas con una amplia variedad de casos clínicos. Con todo, recientemente los miembros del BFTC nos hemos interesado cada vez más en las *soluciones y en cómo funcionan.*

LOS PRINCIPIOS MÁS IMPORTANTES DE NUESTRO TRABAJO

1. La mayor parte de los trastornos se desarrollan y se mantienen en el contexto de la interacción humana. Los individuos llevan consigo características, recursos, límites, creencias, valores, experiencias y a veces dificultades que son únicos, y aprenden y desarrollan continuamente diferentes modos de interactuar unos con otros. Las soluciones consisten en cambiar los modos de interacción en el contexto de los vínculos situacionales peculiares.

2. La tarea de la terapia breve consiste en ayudar a los clientes a hacer algo diferente, cambiando su comportamiento interactivo y/o su interpretación de tal comportamiento y de las situaciones, a fin de llegar a una solución, es decir, a una resolución de su trastorno. Para construir soluciones puede ser útil informarse todo lo posible sobre los elementos que limitan la situación de trastorno y los modos interactivos implicados, porque el desarrollo de una solución (es decir, su cambio) tiene que «adaptarse» a esas limitaciones.

A este respecto es importante la distinción introducida por Von Glasersfeld (1984) entre *corresponder y adaptarse:*

> Si, por ejemplo, decimos que una reproducción es *verdadera* […] esto significa que vierte la cosa representada y, en cierto modo, es *deforma igual a* ella [...]. En el lenguaje técnico esto se llama «homomorfismo»; y en la teoría del conocimiento tradicional encontramos siempre el presupuesto, implícito o explícito, de que el resultado del conocimiento y, por tanto, nuestro saber, es un

> saber *del* mundo real y, en cuanto verdadero, representa de modo homomorfo, al menos desde una vertiente, este mundo en principio autónomo e independiente(pág. 20).

Adaptarse es algo completamente diferente:

> Si, por otra parte, decimos que una cosa "es adecuada" (passt), esto significa, ni más ni menos, que presta el servicio que se esperaba de ella. Una llave "conviene" si abre la cerradura. La adaptación describe la aptitud de la llave, pero no la cerradura.

Como una llave maestra, una intervención sólo debe abrir el camino a una solución, que se puede obtener sin conocer todos los detalles del trastorno.

3. La noción de «resistencia» en terapia (De Shazer, 1984) nos ha dejado perplejos durante mucho tiempo. Observando recíprocamente nuestro trabajo, nos hemos convencido cada vez más de que los clientes quieren cambiar de verdad. No cabe duda de que algunos de ellos pensaban que nuestras ideas acerca de cómo cambiar no eran las adecuadas. En lugar de interpretar esta actitud como «resistencia», la consideramos más bien como el modo en que los clientes nos comunicaban cómo debíamos ayudarlos. Muchas veces hemos descubierto que las personas que nos enviaban otros terapeutas con la etiqueta de «cliente resistente» tenían una necesidad desesperada de cambiar y cooperaban en gran medida. En realidad, la clave que hemos inventado para promover la cooperación es bastante sencilla:

> En primer lugar, ligamos el presente al futuro (haciendo caso omiso del pasado, excepto en lo referente a los sucesos pasados), después hacemos notar a los clientes lo que pensamos que es útil y/o positivo para ellos entre las cosas que hacen; una vez que saben que estamos de su parte, podemos sugerir que hagan algo nuevo que sea, o al menos podría ser, ventajoso para ellos (De Shazer, 1985).

Está claro que las personas llegan a la terapia con el deseo de cambiar su propia situación; lo que han intentado por su cuenta ha fracasado, tal vez haya empeorado la situación y sedimentado hábitos infelices. El terapeuta que partiese de la premisa de que opondrán resistencia al cambio se encontrará fuera de camino (De Shazer, 1984), y podría efectivamente provocar una «resistencia» (Fisch y otros, 1982), la no cooperación o el conflicto: es decir, las nociones del terapeuta podrían causar la profecía de un resultado negativo que se autodetermina.

4. Es posible construir un significado nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto del trastorno del cliente. No es que una persona tenga o no un «síntoma»; es arbitrario que un determinado comportamiento sea etiquetado como síntoma, porque en otro ámbito, o con la atribución de un significado distinto, el mismo comportamiento sería juzgado apropiado y normal. Cualquier comportamiento puede ser considerado desde muchos puntos de vista, y el significado que se atribuye a ese comportamiento (o a una secuencia de comportamientos) depende de la construcción o de la interpretación del observador.

5. Lo que hay que producir es sólo un pequeño cambio y, por tanto, sólo es preciso un objetivo pequeño y razonable. Una de las mayores diferencias entre

la terapia breve y otros modelos reside en la convicción del terapeuta según la cual producir un pequeño cambio en el comportamiento de una persona, por muy terrible y compleja que pueda ser la situación, puede llevar a diferencias profundas y de gran alcance en el comportamiento de todas las personas implicadas. Parece que tanto la experiencia clínica como la investigación confirman la idea de que un pequeño cambio puede provocar otros y, por consiguiente, llevara posteriores mejoras. Además, parece que cuanto mayor es el objetivo o el cambio deseado, más difícil es establecer una relación de colaboración, y mayor la probabilidad de que el terapeuta y el cliente fallen.

6. El cambio en una parte del sistema lleva a cambios en el sistema como conjunto; por tanto, no es necesariamente importante el número de personas que están construyendo con éxito el problema y la solución. La idea de algunos terapeutas, para los cuales la «terapia familiar» requiere que el terapeuta tenga que encontrarse con toda la familia, o que la «terapia de pareja» exige que los dos cónyuges estén presentes, nos ha dejado siempre perplejos. Parece que su idea es que la teoría de los sistemas, postulando que el todo es nías que la suma de las partes, impone la necesidad de practicar la terapia con toda la unidad familiar. Naturalmente, para ser compatible es preciso que el cambio de un individuo se adapte a las limitaciones impuestas por el sistema.

7. También es posible llevar a cabo una terapia eficaz. Cuando el terapeuta no logra definir de qué se lamentan los clientes. Fundamentalmente, lo que el terapeuta y el cliente deben saber es: «¿Cómo comprenderemos cuando está resuelto el problema?». Al principio parecía que la pregunta iba contra la intuición, pero nos hemos dado cuenta de que, en una situación problemática, cualquier comportamiento realmente diferente puede ser suficiente para promover una solución y para dar al cliente la satisfacción que busca en la terapia. Todo lo que hace falta es que la persona involucrada en una situación dolorosa produzca un comportamiento diferente —independientemente del hecho de que pueda parecer irracional, no apropiado, extraño e incluso ridículo—. Es obvio eme conocer los detalles de los trastornos del cliente' y proporcionar una explicación ele cómo se mantienen será útil para que el terapeuta y el cliente construyan la relación y las intervenciones, pero no es necesario tener descripciones detalladas del trastorno para que una intervención del terapeuta tenga éxito y se muestre adecuada; tampoco es preciso construir una explicación rigurosa de cómo se mantiene el trastorno.

Trastornos y soluciones

Cuando se describe una aproximación al tratamiento, la indicación de las premisas fundamentales puede aclarar su naturaleza e implicaciones. Por ejemplo, es necesaria la definición de algunos conceptos que tienen un significado incompatible en nuestro modelo y en otros para poder comprender las diferencias:

• Las *dificultades* son las molestias que caracterizan la vida cotidiana (Weakland y otros, 1974) y que los clientes llaman habitualmente «problemas»; por ejemplo, al no poder arrancar el coche o abrir un tarro, discutir con mayor o menor frecuencia.

• Los *trastornos* consisten en dificultades en los intentos recurrentes e ineficaces de superar esas «molestias», acompañados por lo general de la percepción de que la situación es estática y nada cambiará; es decir, una molestia después de otra pasa a ser la misma molestia repetida varias veces.

• Las *soluciones* son los cambios comportamentales y/o perceptivos que el terapeuta y el cliente construyen para modificar las dificultades o el modo ineficaz de superarlas, y/o la construcción de una alternativa aceptable que permita al cliente experimentar la situación de trastorno de forma diferente. Algunas soluciones se desarrollan a través de la resolución de un *problema construido* (el trastorno del cliente más la visión del trastorno por parte del terapeuta, que incluye posibles soluciones); otras soluciones se desarrollan a través de la construcción de futuros alternativos que no incluyen el trastorno.

La construcción de soluciones

Para hacer su trabajo, los terapeutas tienen que basarse en presupuestos acerca de la construcción de trastornos y la naturaleza de las soluciones. (A pesar de que nuestros presupuestos sean más bien incompatibles, están relacionados con los de Watzlawick [Watzlawick y otros, 1974; Haley, 1963, 1973].) Supongamos que el terapeuta parte del presupuesto de que los «síntomas» tienen una función sistémica, que mantiene unida a la familia; en este caso trazará un mapa que sugiera cómo se puede desarrollar esa función en aquel sistema prescindiendo del síntoma. Por otra parte, si el terapeuta supone que un síntoma es sólo una cuestión de «mala suerte» y no desarrolla ninguna función, entonces trazará un mapa diferente, que sugiere la eliminación del síntoma sustituyéndolo por lo que habría podido suceder con un poco de «suerte».

Los trastornos afectan a un comportamiento determinado de la cosmovisión del cliente. Para construir soluciones será útil pensar en los trastornos *como si* se desarrollaran de la forma siguiente, sumamente simplificada. El primer paso en la construcción de un hipotético trastorno puede ser relativamente pequeño, pero conducir a consecuencias desproporcionadamente grandes. Imaginemos que una persona se dice a sí misma: «O me comporto de la forma "A", o me comporto de la forma "no A". Por alguna razón "A" parece la elección correcta, lógica, la mejor o la única». Como consecuencia, todo lo que es «no A» queda excluido en bloque. El comportamiento de la primera alternativa, «A», es asumido como una clase independiente, y los comportamientos de la segunda, «no A», como todas las demás clases de comportamientos eventuales.

En el caso de que a partir del comportamiento «A» se desarrolle un trastorno, su persistencia estará en relación con la convicción de que la elección inicial fuese la única correcta y lógica, porque el paciente pensará que hace lo mismo en una medida cada vez mayor (Watzlawick y otros, 1974), al excluir todo comportamiento alternativo.

A este respecto, nos ha parecido útil concentrarnos en ayudar a los clientes a describir el factor «preferido», el que deciden poner de relieve en su descripción, y que refleja la elección hipotética. En cualquier caso, los aspectos de la situación excluidos de la descripción del trastorno *realizada* por el cliente son muy importantes, por ser potencialmente útiles para proyectar las

intervenciones y promover las soluciones. Por ejemplo, los pacientes se lamentan con frecuencia de que se sienten —o de que «están», como dicen ordinariamente— deprimidos; sobre este tema, sus comunicaciones pueden seguir estos esquemas:

1. Adquisición casi inmediata de la capacidad de describir los aspectos comportamentales de este estado por parte de algunas dificultades o imposibilidad de hacerlo por parte de otros.
2. Fijación en los aspectos involuntarios.
3. Facilidad para introducir la descripción de otras personas significativas que están tratando de consolarlos (empeorando en ocasiones las cosas).
4. Dificultad por parte de otros —que, en cambio, se quejan por el hecho de que tienen, a causa de su historia, buenas razones para estar deprimidos— para acceder a la introducción de otras personas significativas.
5. Estados de depresión en relación con algo que —están seguros de ello— sucederá (o no sucederá) en el futuro.

Por ejemplo, un paciente afirmaba que «siempre había estado deprimido». Cuando el terapeuta le preguntó: «¿Qué te hace pensar que estás deprimido?», respondió: «Sé que estoy deprimido porque de vez en cuando tengo "días buenos"». Entonces el terapeuta pidió al paciente que describiese lo que era diferente en esos «días buenos», especialmente qué cosas diferentes hacía.

La alusión por parte del paciente a la existencia de excepciones a la regla de estar «siempre deprimido» llevó a la descripción de comportamientos, percepciones e ideas que, a su entender, no tendrían lugar en los «días malos». Entonces el terapeuta pidió al paciente que predijera, antes de acostarse, qué tipo de día iba a ser el siguiente y, si predecía un «día malo», por la mañana, al despertarse, debería hacer algo que normalmente habría hecho en un «día bueno». En la tercera sesión el cliente comentó que las predicciones de «días malos» habían sido menores y que el número de «días malos» había descendido notablemente; en realidad, transformaba todos los días en días más o menos normales.

Si bien no existe una relación unívoca entre los elementos excluidos de la construcción de los trastornos y la construcción de las soluciones, lo que el cliente pone más de manifiesto sugiere no obstante algunas posibilidades. Por ejemplo, si está claro que el trastorno se manifiesta sólo en un lugar particular, entonces se podrían programar prescripciones de tareas —consistentes generalmente en algo que tenga que ver directamente con los comportamientos del trastorno— de forma que suceda en otro lugar, lo cual aseguraría un mínimo de diferencia. Hay buenas probabilidades de que un «escenario» distinto provoque un comportamiento diferente. Todos los clientes construyen la realidad del trastorno a partir de alguna combinación de factores, y el terapeuta construye consecuentemente las soluciones tanto a partir de factores conocidos como de lo que parece que ha sido excluido.

Dada la complejidad de la construcción del trastorno, podría parecer razonable que las soluciones deben tener un nivel de complejidad equivalente. Sin embargo, según nuestra opinión las intervenciones y las soluciones sólo deben adaptarse a las limitaciones impuestas por el trastorno, al igual que una llave maestra se adapta a las combinaciones de muchas cerraduras diferentes (De Shazer y Molnar, 1984; De Shazer, 1985).

Ejemplo de un caso clínico

Una madre y un padre se presentaron con sus tres hijos para una terapia familiar porque estaban preocupados por la «hostilidad» y la «violencia» del hijo menor. Los tres hijos eran alumnos inteligentes en el colegio y tenían buenas relaciones con los niños de su edad: los trastornos se concentraban en las interacciones familiares. Cualquier intento de ayudarlos a centrarse en los esquemas interaccionales de su situación —quién debería hacer qué y cuándo en el esquema de la «hostilidad» y «violencia»— llevaba a cada uno de los miembros de la familia a quejarse de los otros cuatro. Ulteriores intentos de concentrarse en uno cualquiera de los trastornos específicos presentados conducían únicamente a una intensificación de dichos trastornos.

Utilizando las excepciones a los trastornos de los que la familia se lamentaba, el equipo formuló un mensaje tranquilizante, según el cual la situación iba bien: los muchachos tenían buenos resultados en el colegio, el matrimonio de los padres resistía sólidamente desde hacía quince años y su actividad profesional era satisfactoria.

El mensaje terminaba con la afirmación de que, si las cosas estaban así, ciertamente tenían que haber hecho algo positivo, y que en el curso de la semana siguiente deberían prestar atención, cada uno por su cuenta, a las cosas positivas que pasaban en la familia y que desearían que continuaran pasando.

Dos semanas después la familia, en una conversación de treinta minutos, refirió sus propias observaciones: cada uno había observado que los otros cuatro hacían cosas que deseaban que continuaran, algunas nuevas y otras constituidas por acontecimientos y comportamientos totalmente excepcionales, que no se habían verificado desde hacía mucho tiempo hasta entonces. Aunque la situación ciertamente no era «perfecta», los trastornos deplorados eran mínimos y, por otra parte, el equipo les aseguró que las cosas nunca serían perfectas y les exhortó a seguir una de nuestras reglas: si funciona, hazlo más veces. Si no funciona, no vuelvas a hacerlo, haz algo diferente.

Nuestro objetivo es encaminar el proceso de solución más que bloquear el esquema del trastorno deplorado (Watzlawick y otros, 1971; Weakland y otros, 1974); de esta forma los trastornos dejarán de ser algo de lo que lamentarse. La intervención de la primera sesión es programada en relación con las características generales de los trastornos deplorados por la familia a fin de presentarla resolución de sus trastornos como algo realizable. Los intentos de programar una intervención basada en el bloqueo del tratamiento de hostilidad y violencia habrían sido imposibles porque el esquema era aún desconocido e, igualmente, los intentos de construir una intervención sobre el esquema de los trastornos deplorados por la familia durante la sesión, aunque potencialmente eficaces, no habrían podido llevar de forma tan rápida a la solución final, inventada por la propia familia entre la primera sesión y la segunda. Las dos sesiones restantes se dedicaron a ayudarlos a encontrar modos de motivarse recíprocamente para intensificar la práctica de lo que querían que sucediese con mayor frecuencia.

Crear expectativas de cambio

Cualquier trastorno se puede construir de diversas formas, y cualquier intervención que promueve con éxito un comportamiento distinto y/o un modo diferente de considerar las cosas podría llevar a cualquiera de las soluciones presentadas hipotéticamente: lo que esperamos que suceda influye en lo que hacemos. Si esperamos que se repita la misma molestia de siempre, entonces tiene sentido hacer las mismas cosas y pensar del mismo modo; si esperamos que suceda algo diferente, tiene sentido hacer algo diferente (tal vez para propiciar su realización). Naturalmente, pudiera ser que no sucediera lo que queremos concretamente, pero al menos se tratará de algo distinto, que podría hacer que nos sintiéramos más satisfechos, por ser el resultado de un comportamiento nuestro diferente. Hemos descubierto que es útil ayudar a los pacientes a describir qué cosas deseaban que fueran distintas una vez resuelto su trastorno: la simple expectativa de llegar a un lugar diferente, más satisfactorio, hace más fácil la llegada, y el solo hecho de estar en un lugar diferente puede ser satisfactorio por sí mismo. Las descripciones de posibles soluciones se utilizan para definir en qué dirección irán las cosas y de que forma resultarán más satisfactorias.

Ejemplo de un caso clínico

Una mujer entró en la terapia quejándose de que estaba deprimida y no sabía por qué; pensaba que podía ser por causa de su situación matrimonial o de su empleo y eso le parecía absurdo. Cualquiera que fuera la «causa», lo cierto es que estaba deprimida desde hacía unos dos años. En una escala de la depresión de O a 10 se atribuyó 7. Al principio de la primera sesión se le preguntó: «Si una noche mientras duermes un milagro hace que tu depresión desaparezca, ¿qué advertirías al despertar? ¿Qué advertiría tu marido? ¿Y tú médico?». Describió toda una gama de actividades, en algunas de las cuales estaban implicados su marido y su empleo actual.

El equipo le felicitó por su capacidad de describir las cosas en detalle y por su sentido común en el rechazo de una actuación precipitada, como podrían haber hecho muchas personas con la esperanza de que un cambio radical resolviese el problema. Dado que nos había hablado de los éxitos de sus hijos, le felicitamos también por sus capacidades de madre. Como estaba convencida de que ni su marido ni su médico conocían la entidad de su depresión, le pedimos que prestara atención a lo que hacía cuando lograba enmascarar su depresión, en casa o en el trabajo.

La semana siguiente refirió que había bajado a 3 en la escala. Había empezado a hacer algunas de las cosas descritas como «posmilagro« y su marido había respondido regalándole flores; probablemente conocía el estado depresivo de su mujer más de lo que ella pensaba. En aquel momento la mujer *creía* que nada podría impedirle continuar sus nuevos comportamientos y actividades, aunque aún se sentía deprimida.

Se le pidió que predijera, antes de irse a la cama, en qué nivel de la escala se encontraría a la mañana siguiente y que prestara atención, al despertarse, respecto al nivel en que realmente se sentía. También le pidieron que prestara atención a lo que hacía diferente de lo habitual en los días en que se sentía menos deprimida.

Durante el mes siguiente su valoración pasó de 6 a 1 y su ritmo de actividad continuó aumentando. Cuando la terapia concluyó, estaba convencida de que su depresión había pasado.

Una vez creada la expectativa de cambio, el terapeuta provoca descripciones de cualquier cambio en cualquier área de la vida del cliente. Hay que considerar como prueba de cambio cualquier cosa que motive al cliente a decir que «las cosas van mejor», y hay que alentar o ampliar cualquier cosa nueva, distinta o más eficaz que el cliente refiera, es decir, cualquier noticia de un comportamiento y de una percepción distintos o de mayor satisfacción es acogida por el terapeuta como un movimiento orientado a la solución.

ACTIVIDADES DEL BRIEF FAMILY THERAPY CENTER

El BFTC fue fundado en 1978 como centro de investigación y de terapia orientada a la formación. La gama de trastornos presentados por los clientes cubre el *continuum* que va de las «dificultades normales de la vida» a los «repetidos fracasos en psicoterapia» e incluye toda la gama de los «problemas psiquiátricos».

Actualmente, en nuestra sede principal tenemos cuatro salas, cada una de las cuales consta de dos habitaciones con un espejo unidireccional y un sistema de comunicación interna. Hay dos salas equipadas para la grabación en vídeo; uno de nuestros estudios separados está dotado de un sistema espejo-vídeo. Los equipos están formados por un terapeuta que permanece en la sala con el cliente y uno o varios terapeutas al otro lado del espejo. El terapeuta que está en la habitación con el cliente suele ser el mismo, mientras que el equipo que está detrás del espejo varía *y* depende de la disponibilidad de sus miembros, a menos que se trate de un grupo de formación.

La primera sesión (que, como todas nuestras sesiones, dura menos cíe una hora) sigue el siguiente esquema:

1. Introducción a nuestra organización y nuestros procedimientos.
2. Exposición del trastorno.
3. Exploración de las excepciones a las reglas del trastorno.
4. Definición de los objetivos de la terapia.
5. Definición de las posibles soluciones.
6. Interrupción: intervalo de la consulta.
7. Entrega del mensaje al equipo.

A continuación abordaremos cada uno de estos puntos sucesivamente.

Introducción

Cuando el cliente llega, recibe informaciones descriptivas sobre el equipo del BFTC y sobre nuestro uso del espejo. También se pide al cliente que lea y firme los impresos necesarios para la autorización de la grabación en vídeo, etc.

Hasta el comienzo de la primera sesión, para reducir al mínimo las ideas preconcebidas, el terapeuta dispone cíe una cantidad limitada de informaciones sobre el paciente, excepto en las situaciones en que podría ser mejor considerar como cliente al que lo ha enviado (Berg, 1985). El terapeuta empieza ilustrando los aspectos físicos y organizativos, incluido el hecho de que se cuenta con la colaboración de un equipo de terapeutas, y pide al cliente permiso para grabar en vídeo. Es raro que un cliente solicite el encuentro con el equipo que está detrás del espejo; en ese caso se le presentarán uno o más representantes, preferiblemente al final de la sesión, si bien, si el cliente lo desea, se puede interrumpir la sesión mientras ésta se realiza.

Exposición del trastorno

En el primer paso del rito —después de una breve conversación sobre quien trabaja y dónde, quién va a qué escuela, etc. —el terapeuta empieza a preguntar acerca del trastorno: «¿En qué podemos ser de ayuda?» o «¿Qué le trae a usted aquí?». Una respuesta cómo «A veces tenemos discusiones que desencadenan violencia física» o «Johnny se orina en la cama» o «Susie es caprichosa» es una afirmación adecuada. Después, el terapeuta trata de dirigir la conversación hacia el mayor número posible de detalles concretos:

- Paso a paso, ¿qué sucede exactamente?
- ¿Quien esta implicado en el trastorno?
- ¿Cómo cambia el trastorno según quién esté implicado y quién no lo está en un momento dado?
- ¿Con qué frecuencia se presenta el trastorno?

Cuantos más detalles describe el cliente sobre el esquema del trastorno, mayores son las intervenciones y los posibles objetivos, y los probables modos de saber por parte del cliente que el problema está resuelto. Incluso afirmaciones vagas sobre el trastorno como «No sé quién soy realmente« o «No logramos comunicarnos» pueden ser suficientes, y en este caso el establecimiento de los objetivos se convierte en el punto focal: «¿Qué advertirías si supieras quién eres realmente?», «¿Qué cosas harías diferente cuando supieras quién eres realmente?», «¿Qué haría tu mejor amigo al darse cuenta de que sabes quién eres realmente?».

Con frecuencia esta fase se amplía y se confunde con la fase siguiente.

Las excepciones

Esta fase de la conversación está proyectada para descubrir lo que sucede cuando el trastorno deplorado no se manifiesta y cómo la familia consigue que esta excepción tenga lugar. ¿Qué sucede cuando las discusiones de la pareja no desencadenan violencia? ¿Qué sucede cuando la cama de Johnny está seca? ¿Qué sucede cuando Susie hace lo que le dicen? ¿Qué sucede cuando está la madre y no el padre? ¿Qué sucede cuando se comunican?

Nuestra opinión es que tanto el terapeuta como los pacientes deben saber qué comportamientos del paciente funcionan y son eficaces, porque esto puede llevar no sólo a

modelos de proyecto de intervención y de solución, sino que comunican implícitamente a los clientes que el terapeuta no sólo cree que pueden hacer cosas positivas por sí mismos, sino que ya las están haciendo. En términos batesonianos, las excepciones, al menos implícitamente, ofrecen al cliente «informaciones de diferencia» (Bateson, 1979) entre lo que funciona y lo que no funciona.

También estarnos convencidos de que, si bien el cambio es continuo, sólo algunas diferencias son relevantes (Bateson, 1979). Weiner-Davis (1984) empezó a estudiar de una forma más sistemática las excepciones a la regla del trastorno empezando la sesión con una variante de nuestra «tarea preestablecida de la primera sesión», pidiendo a los clientes que observaran, entre la primera sesión y la segunda, lo que sucede en su vida que es persistentemente deseable, tanto respecto a su propia situación general como, en particular, a los motivos por los que han acudido a la terapia. Con mucha frecuencia los pacientes perciben que al parecer las cosas ya han cambiado en el período que media entre la solicitud de la terapia y la primera sesión. Entonces nuestras preguntas son éstas: «¿Qué habéis notado a propósito de vuestra situación? Los cambios que advertís, ¿se refieren a los motivos por los que habéis acudido a la psicoterapia? ¿Son cambios que desearías que se hicieran persistentes?».

Es interesante anotar que dos tercios de los clientes han observado cambios y han respondido «sí» a la segunda pregunta y a la tercera.

Esta fase conduce naturalmente a definir los objetivos, porque el cliente sólo puede querer en mayor medida lo que sucede cuando el trastorno no se presenta. El simple hecho de que un trastorno no sea continuo ayuda a crear la expectativa de un futuro libre del trastorno.

Los objetivos

Establecer un objetivo concreto proporciona un medio para medir la utilidad de la terapia para el cliente y, sobre todo, ayuda a construir la expectativa de un cambio inmediato. Es importante que todos los implicados sepan cómo podrán advertir que el problema se ha resuelto y que la terapia ha terminado. Sin un objetivo, cualquier terapia podría convertirse en el esfuerzo de toda la vida. Los objetivos concretos son una parte importante de nuestro programa de valoración y un elemento indispensable de nuestros estudios de seguimiento o de los resultados.

Las soluciones

Los pacientes hablan a menudo de forma vaga o general cuando el terapeuta les pregunta directamente por los objetivos concretos; hemos descubierto que normalmente es más útil dialogar acerca de cómo los clientes podrán advertir que el problema se ha resuelto y acerca de qué será distinto una vez que el problema forme parte del pasado. Naturalmente, cuando el terapeuta habla con más de una persona, las opiniones sobre cómo será su vida después de la consecución del objetivo, o sobre cómo será su vida cuando el trastorno pertenezca al pasado podrían ser muchas y variadas. Cuanto más se hable de futuros alternativos o de soluciones alternativas, más profundamente intensas serán las expectativas de cambio del cliente.

Durante toda la sesión nuestro objetivo es centrar la conversación en la ausencia del trastorno; con mucha frecuencia parece que los trastornos se mantienen sólo porque las personas esperan que siempre tenga lugar la misma molestia. Hablar de los posibles futuros alternativos, de cuando desaparezca el trastorno, ayuda a crear la expectativa de que el cambio no es sólo posible, sino cierto.

Interrupción: intervalo de la consulta

Después de treinta o cuarenta minutos el terapeuta se retira para consultar con el equipo o para pensar, si trabaja solo. El objetivo de este intervalo —que suele durar diez minutos— es decir qué hacer y cómo hacerlo. Ya que estamos interesados en las soluciones, se habla poco o nada de los trastornos, de cómo se han mantenido, de qué han intentado hacer los clientes sin éxito o de hipotéticas etiologías. Por el contrario, se tiende a centrar la conversación en:

- Las cosas positivas para sí mismos que hacen los clientes.
- Cualquier excepción al esquema del trastorno.
- Cómo imagina el equipo que serán los clientes una vez que hayan superado el trastorno.

El esquema del diseño de intervención

El proceso «detrás del espejo» se puede resumir de forma aproximada en un «esquema del diseño cié intervención» que usamos al final le la formación, y que se formula con estas prescripciones:

1. Notad qué tipo de cosas positivas, útiles y eficaces hace el cliente.
2. Notad las diferencias entre lo que sucede cuando el trastorno se presenta y lo que sucede cuando el trastorno no se presenta; animad a los clientes para que avancen en esta última dirección
3. Cuando sea posible, indagad gradualmente los elementos del esquema problemático y de la secuencia del trastorno.
4. Notad la diferencia entre el esquema y cualquier excepción a sus modalidades.
5. Imaginad una versión del esquema resuelta:

a) transformando la excepción en regla,
b) cambiando la estructura del esquema,
c) cambiando a los que están implicados en el esquema,
d) cambiando la secuencia de los pasos implicados,
e) añadiendo un elemento o un paso nuevo al esquema,
f) aumentando la duración de las secuencias,
g) introduciendo inicios e interrupciones casuales,
h) aumentando la frecuencia del esquema.

6. Decidid qué será adecuado para cada paciente concreto, es decir, qué tarea, basada en una de las variables entre las indicadas, seguirá y aceptará más probablemente. ¿Qué tendrá sentido para aquel cliente en concreto?

Normalmente el mensaje desarrollado durante el intervalo consta de dos partes: las felicitaciones y las indicaciones.

Las felicitaciones no están necesariamente vinculadas a los trastornos, sino que se refieren a las cosas útiles, positivas o correctas que ya está haciendo el cliente, más allá del contenido y el contexto específicos, y sirven para ayudar a los pacientes a «ver a través» de su propio marco la situación, de forma que tengan una visión más flexible; de este modo se inicia el desarrollo de una solución. El objetivo es ayudar a los clientes a considerarse a sí mismos como personas normales, con dificultades normales. El objetivo de las felicitaciones es sostener la orientación hacia la solución mientras continúa el desarrollo de lo que Erickson (De Shazer, 1985) llamaba un «campo afirmativo», iniciado durante la conversación pero que será perseguido ahora de forma más intensa y focalizada; el mensaje terapéutico es inicialmente proyectado sólo para hacer saber a los clientes que el terapeuta ve las cosas del mismo modo y está de acuerdo con ellos, lo que, a su vez, permite a los pacientes estar fácilmente de acuerdo con el terapeuta. Una vez establecido este acuerdo, los pacientes están en una disposición mental favorable para aceptar las indicaciones relativas a las soluciones, es decir, comportamientos o valoraciones nuevas y diversas.

Las *indicaciones* son sugerencias terapéuticas focalizadas, tareas o pautas relativas a otros tipos de cosas que los clientes podrían hacer, que con toda probabilidad serían positivas para ellos y les orientarían en la dirección de la solución. Cuando la conversación se ha centralizado en un esquema de trastorno comportamental claramente descrito, las indicaciones tenderán a reflejar ese nivel de claridad, sugiriendo diversos tipos de tareas comportamentales que han de realizar en casa, proyectadas para pasar del esquema de trastorno a la solución; por ejemplo, si los padres se lamentan de que el hijo, aunque es inteligente, no hace los deberes escolares en casa, a pesar de sus órdenes y reproches más o menos severos, entonces su tarea en casa podría ser la de tirar una moneda al aire de forma que, al azar, uno u otro se tomen un día libre; o bien, si quieren que el hijo sea el único responsable de su propio trabajo, se les puede pedir que decidan a cara *o* cruz en qué días deberán abstenerse ambos de recordar a su hijo los deberes escolares. Los dos casos implican diferencias estratégicas de comportamiento; si los padres desean continuar vigilando la realización de los deberes en casa, entonces tienen que desarrollar un sistema que incluya verificaciones inmediatas con la escuela; en caso de que hayan descrito una excepción evidente, se les anima a transformar la excepción en regla. Cada una de estas tareas tiene la capacidad de inducir en el esquema una diferencia apreciable —en el caso en cuestión, una mejor realización de los deberes en casa.

Más frecuente aún es que los trastornos de los clientes no sean definidos o descritos en la primera sesión de forma suficiente para que los planteamientos que acabamos de exponer puedan ser válidos. En esta última situación se mostrará que unas palabras acerca de cómo serán las cosas cuando el trastorno forme parte del pasado serán muy útiles.

Erickson tenía una idea que nos ha parecido útil en estas situaciones. Según él, como; se afirma en Gordon y Meyers-Anderson (1981), los clientes se dirigen a los terapeutas por este motivo:

> Mirad, los pacientes que acuden a vosotros, lo hacen porque no *saben exactamente* por qué acuden a vosotros. Ciertamente, tienen un problema, pero si supiesen cuál es, *no acudirían.* Y como no saben cuáles son verdaderamente sus problemas, no os lo pueden decir. Sólo pueden daros un informe bastante confuso de lo que piensan. Vosotros escucháis con vuestro *backgroud y no sabéis* qué están diciendo, y es mejor que sepáis que no lo sabéis. Y en ese momento tenéis que tratar de hacer algo que provoque un cambio en el paciente... un pequeño cambio cualquiera, porque el paciente quiere un *cambio,* aunque sea pequeño, y lo aceptará como un *cambio* [...]. El cambio se desarrollará en sintonía con sus *necesidades* personales.

Al seguir esta línea de pensamiento, y por la necesidad práctica de ayudar a los alumnos a aprender qué hacer con los trastornos indefinidos y vagos, nos hemos visto empujados a desarrollar la tarea preestablecida que usamos en la primera sesión (De Shazer, 1984, 1S85; De Shazer y Molnar, 1984), cuyo eje consiste en pedir al paciente que observe, en el espacio que media entre la primera sesión y la segunda, todo lo que suceda en su vida que sea positivo y que él desearía que fuese persistente.

Con una frecuencia sorprendente (cincuenta de cincuenta y seis en un estudio de seguimiento) la mayor parte de los pacientes notan cosas que desearían que continuaran y muchos (cuarenta y seis de cincuenta) describen al menos una de estas cosas como «nueva y diferente». A partir de ese resultado, las cosas se encaminan hacia la solución y se verifican cambios concretos y observables.

Entrega del mensaje

Después de un intervalo de unos diez minutos, el terapeuta vuelve y comunica la intervención formal, a menudo descrita de tal forma que el terapeuta pueda leerla de la manera más oportuna. Quizá porque han tenido que esperar, parece que la receptividad de los pacientes ha aumentado. Estos mensajes de por sí son más bien breves; generalmente hacen falta menos de cinco minutos para entregarlos. (Las cuestiones de organización —por ejemplo, cómo fijar la cita siguiente— se tratan en un lugar diferente.) En este punto la sesión se encamina hacia la conclusión.

La segunda sesión y las siguientes

Las sesiones siguientes se diferencian de la primera por el hecho de que, como ya se ha hablado del trastorno, no hay prácticamente ninguna necesidad de hacerlo. En primer lugar, el terapeuta tiene que moderar una conversación centrada en la pregunta: «¿Qué ha sucedido que queréis que siga sucediendo?». Cabe formular esta pregunta de otras muchas formas: «Entonces, ¿cuáles han sido los días mejores?» (cuando se echa a suertes lanzando una moneda), o bien: «¿Qué haces que sea bueno para ti?» (en situaciones menos definidas). Es decir, el terapeuta tiene que identificar en todo lo que el cliente dice lo que merece la pena recoger y proseguir, y en este caso identificarlo y comentarlo; a medida que le ofrecen cada información, el terapeuta se pregunta si es «nueva» o «distinta» y, en caso de que no sea nueva sino únicamente una excepción no acostumbrada, si es algo que el cliente desearía que sucediese con más frecuencia. Una vez que se ha completado el elenco, o mientras se está realizando, el terapeuta conduce al paciente de la idea de que estas cosas simplemente han «sucedido» a la pregunta: «¿Cómo has conseguido que sucedan? ¿Qué has decidido hacer cuando han sucedido?».

Si el cliente dice que las cosas van mejor y, por tanto, la intervención anterior se muestra «adecuada» y dirigida a la solución, entonces el terapeuta desvía la conversación hacia preguntas relativas a lo que el paciente debería hacer para que continúen teniendo lugar acontecimientos como aquéllos. Estamos convencidos de que cuando algo funciona hay que hacerlo más veces o hacer más veces cosas parecidas: el objetivo de la terapia pasa a ser, de hecho, ayudar al cliente a continuar los cambios que han tenido lugar entre la primera sesión y la segunda. Si los padres han descubierto que su hijo hacía los deberes en casa los días que evitaban hablar de ello, tienen que seguir sin hablar de ello, como si se olvidaran de ocuparse de su hijo, exactamente igual que él se olvida de hacer sus deberes en casa; solo si este planteamiento falla, tienen que hacer algo distinto. Si el cliente indica que las cosas no van mejor, o bien que no han cambiado, se comprobará que en este caso la intervención anterior no es «adecuada» ni está dirigida hacia la solución; de todas formas, el terapeuta empezará a hacer preguntas sobre lo que funciona entre las cosas que está haciendo el cliente. Cabría formular la pregunta de esta manera: «En nuestra experiencia, si las personas no hacen algo correcto las cosas empeoran con el tiempo en lugar de seguir igual. Y tú, ¿qué estás haciendo?». Y continúa la búsqueda de las excepciones y las diferencias mínimas que hay que aumentar. Si el cliente dice que las cosas han empeorado, el terapeuta tiende a centrarse en el contenido de una pregunta de este tipo: «¿Las cosas han tocado fondo y puedes esperar razonablemente que cambiarán pronto? ¿O aún tienen que tocar fondo y, por tanto, no mejorarán tan rápidamente?». Las tareas en casa, en esta situación, se podrían dirigir al descubrimiento de indicaciones sobre la mejoría o el empeoramiento de la situación.

Después de unos cuarenta minutos, el terapeuta hace una pausa y formula un mensaje que incluye felicitaciones por cualquier cambio, por cualquier cosa que haya funcionado en el comportamiento del paciente, y además propone indicaciones que tienen como objetivo ayudarle a continuar e incluso aumentar el ritmo y el alcance del cambio.

Cuando se verifican «mejorías» en la vida del cliente, se prolonga el intervalo entre las sesiones: la segunda sesión tiene lugar habitualmente una semana después de la primera; la tercera, dos semanas después de la segunda; la cuarta, de tres semanas a un mes después de la tercera. Hemos decidido usar estos intervalos para comunicar el mensaje implícito: «Dado que las cosas están mejorando, no necesitas venir a la terapia con tanta frecuencia». En el momento en que el terapeuta y el equipo piensan que las cosas podrían haber «mejorado bastante», se pide consejo al cliente sobre la oportunidad de otra sesión y sobre el posible intervalo: generalmente se sigue el parecer del paciente, si bien el terapeuta puede solicitar una sesión de seguimiento después de seis semanas. Hasta que no se indica que las cosas han «mejorado», el intervalo entre las sesiones suele ser de una semana.

VALORACIÓN Y RESULTADOS

Si bien los investigadores preferirían modalidades exhaustivas de valoración de los resultados terapéuticos, con frecuencia los terapeutas sólo pueden presentar sus impresiones clínicas. Dado que la terapia tiene que ser evaluada, asumimos

una posición de algún modo intermedia entre la «presentación de los resultados de la búsqueda» y las «impresiones clínicas». Pensamos que una valoración se suele basar en una comparación entre lo que la terapia se propone conseguir y sus resultados observables.

A este respecto, desde el principio hemos decidido seguir a Weakland y otros (1974), porque esto ofrecería al BFTC al menos un modelo de comparación. Dado que nuestro seguimiento se basa sobre las autodescripciones ofrecidas por el cliente, se plantea el problema de su validez. Reconocemos esta dificultad y sólo deseamos subrayar que la terapia comienza con un cliente que describe un «trastorno» suficientemente molesto como para llevarlo a la terapia. Como consecuencia, una autodescripción ofrecida entre seis meses y un año después del tratamiento, que atestigüe que los clientes no han padecido trastornos que requieran una terapia, se puede considerar, ciertamente un indicador de éxito.

1. El tipo de terapia breve realizada en el BFTC consigue resultados positivos en un breve período de tiempo y en un número limitado de sesiones. Entre 1978 y 1983 hemos tratado mil seiscientos casos con una media de seis sesiones por caso. Nuestras llamadas telefónicas de seguimiento a una muestra representativa correspondiente al 25 % de los casos (realizadas por personas que no habían tenido relación con el caso) han indicado que el *12* % de los clientes habían alcanzado los objetivos del tratamiento o percibían mejoras tan significativas que no necesitaban más sesiones de terapia. Weakland y otros (1974) han obtenido un porcentaje análogo de éxito con una media de siete sesiones por caso.

2. El tipo de terapia breve realizada en el BFTC se muestra eficaz también cuando los trastornos y/o los objetivos son vagos y han sido mal definidos. Hemos realizado un estudio referido de forma específica a nuestra tarea preestablecida de la primera sesión. Sólo hemos conseguido contactar con veintiocho de los cincuenta y seis clientes del proyecto originario de seguimiento después de un período variable de seis meses a un año desde el término de la terapia. A la pregunta: «Cuando usted comenzó la terapia, su trastorno mayor era... ¿Ha mejorado? ¿Se mantiene igual? ¿Ha empeorado?», veintitrés de los veintiocho clientes han respondido que habían percibido una mejoría. El número medio de sesiones por caso (referido a los cincuenta y seis encuestados) era de cinco, lo que representa una disminución de nuestro número medio total de sesiones por caso en los dos últimos años. Los resultados de contacto de seguimiento han confirmado la impresión clínica de que nosotros y nuestros alumnos habíamos tenido más éxito, con trastornos definidos vagamente, a partir de mediados de 1982, es decir, cuando empezamos a utilizar la tarea preestablecida.

3. Los cambios rápidos pueden ser duraderos. En este mismo proyecto se preguntó a los clientes sobre los cambios referidos en la segunda sesión. Cuando se preguntó: «Durante la terapia ha notado un cambio en... (Preguntábamos acerca de cosas recogidas durante la segunda sesión). ¿Continúa?», veintitrés personas de un total de veintiocho respondieron de forma afirmativa. A pesar de que el número de los que respondieron es muy pequeño, nos sentimos animados por la dirección de las respuestas.

4. Un pequeño cambio puede llevar a otros. En el mismo proyecto se preguntó a los veintiocho clientes sobre mejorías posteriores. Se utilizaron tres preguntas:

A. «Usted estaba también preocupado por... ¿Ha mejorado? ¿Sigue igual? ¿Ha empeorado?» (veintiuno citaron un trastorno secundario, no necesariamente tratado de forma explícita en la terapia, y once indicaron que también este había mejorado.

B. Hay algún problema antiguo de los que no se trataron directamente en la terapia que haya mejorado después del final de su terapia en el BFTC?» (Quince dijeron que se habían producido mejorías en ámbitos no tratados por la terapia).

C. «¿Se ha presentado algún problema nuevo después de la conclusión de la terapia en el BFTC?» (Dieciséis respondieron que no se habían manifestado problemas nuevos; ocho, que se había presentado un problema nuevo pero que no lo consideraban aún suficientemente grave para requerir una terapia; cinco, que alguna persona del núcleo familiar acudía a una terapia por un trastorno diferente del que ellos habían presentado).

El resultado de la investigación no nos ha sorprendido, porque las distribuciones eran casi las mismas que las de nuestros estudios de seguimiento anteriores; como indican también los resultados de Fisher (1984), después de la terapia breve las cosas tienden a continuar mejorando progresivamente.

CONCLUSIONES

En este artículo hemos propuesto una concepción concreta de la naturaleza de las soluciones para los problemas que los clientes plantean a los terapeutas. Hemos descrito nuestro planteamiento de la terapia breve bajo el perfil del desarrollo de soluciones y hemos presentado algunos de nuestros resultados. No se trata de un informe definitivo: se necesita una investigación clínica y formal posterior porque algunas cuestiones importantes siguen abiertas:

1. ¿De verdad existe una correspondencia tan escasa entre el trastorno concreto deplorado y los nuevos y específicos cuadros de comportamiento y marcos que llevan a la solución, como sugieren nuestros resultados? Aunque parezca que esta idea va contra la intuición, nuestro trabajo apunta vigorosamente en esta dirección.
2. ¿Continuará siendo útil la distinción entre trastornos descritos de forma concreta y objetivos igualmente específicos, y trastornos descritos vagamente y objetivos igualmente vagos?
3. ¿Cuáles son las formas más útiles de describir y estudiar cómo opera el terapeuta durante la conversación, y cómo lo que produce se relaciona con el cambio satisfactorio? ¿Qué tipo de cosas deberían dejar de hacer los terapeutas durante la sesión?
4. ¿Qué otros modelos de terapia breve mejor que éste se desarrollarán?

En cada paso hemos continuado construyendo modelos alternativos; poco a poco se ha sustituido la complejidad por lo que, de momento, consideramos que es un modelo más simple. Los intentos de ayudar a otros a aprender nuestros modelos nos han llevado a ulteriores simplificaciones.

En suma, nuestra perspectiva es que los clientes saben ya qué hacer para resolver los trastornos que los llevan a la terapia; sencillamente no saben que lo saben. Nuestro trabajo, como terapeutas que siguen el método de la terapia breve, es ayudarlos a construirse un nuevo uso de los conocimientos que ya poseen.

11. INTEGRACIÓN DE MODELOS POSTESTRUCTURALISTAS DE TERAPIA BREVE

Stefan Geyerbofer y Yasunaga Komori

LA INTEGRACIÓN DE MODELOS POSTESTRUCTURALISTAS DE TERAPIA

En nuestro trabajo hemos tratado de integrar las tres direcciones principales de la terapia sistémica breve: la aproximación de terapia breve focalizada en el problema, del Mental Research Instituye (MRI) de Palo Alto (Watzlawick y otros, 1974; Weakland y otros, 1974; Fisci y otros, 1982), la aproximación de terapia breve focalizada en la solución desarrollada por De Shazer y sus colegas de Milwaukee (De Shazer, 1982b, 1985, 1988a, 1991, 1994; Weiner-Davis y otros, 1987; Gingerich y otros, 1988; Gingerich y De Shazer, 1991; De Shazer y otros, en este volumen) con los desarrollos ulteriores aportados a esta aproximación por O'Hanlon y Weiner-Davis (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; O'Hanlon, 1993; Weiner-Davis, 1993), y la aproximación narrativa da White (1984, 1985, 1986a, 1987, 1988, 1993) y Epston (White y Epston, 1990; Durrant y Coles, 1991; Epston, 1993).

Más allá de las diferencias entre estos tres planteamientos, hay algunas afinidades que los hacen parangonables y complementarios por dos razones. A diferencia de lo que sucede en otros modelos tradicionales de terapia, ninguno de estos tres modelos presta particular atención a las estructuras patológicas subyacentes en el síntoma o en el problema. Los conflictos inconscientes o las estructuras familiares patológicas tienen muy poco interés o carecen de él para el terapeuta que trabaja con estos modelos. Por el contrario, su atención se dirige a la interacción existente entre los miembros de la familia y su actitud frente al problema.

De Shazer (1991, 1994) y Berg (Berg y De Shazer, 1993) fueron los primeros que usaron el término "postestructuralista" para describir los modelos de terapia que se interesan sobre todo por lo que los clientes cuentan al terapeuta y a sí mismos y por las interacciones entre el texto, el lector y el escritor de las historias construidas en la terapia; mientras que el estructuralismo ve la *verdad* detrás de un texto o dentro de él, el postestructuralismo pone el acento en la relación entre el lector y el texto en un proceso de interacción constructiva (Sarup, 1989), como indican los trabajos de Jacques Derrida (1967), Paul De Man (1979), Richard Harland (1987) y Ludwig Wittgenstein (1550), citados en los dos últimos libros de De Shazer (De Shazer, 1991, 1994).

Influidos por el trabajo clínico del gran especialista en hipnosis Milton H. Erickson (Erickson, 1954b, 1964; Erickson y Rossi, 1983) y por las teorías de Gregory Bateson (1972, 1979), los que utilizan los modelos indicados comparten un gran interés por el lenguaje como instrumento principal de la terapia. La bibliografía especializada más reciente es la que se ha ocupado sobre todo del lenguaje y la terapia de forma explícita (White y Epston, 1990; De Shazer, 1993, 1994; Weakland, 1993), aunque sea con una terminología ligeramente diferente en cada una de las aportaciones; pero

no cabe duda de que la teoría de la *analogía* del texto ejercerá una influencia cada vez mayor en el desarrollo de la terapia sistémica breve (Geyerhofer y Komori, 1995).

Desde nuestro punto de vista, los tres modelos son semejantes no sólo como expresión del modo de pensar postestructuralista y por el acento puesto en el lenguaje, sino porque nos parecen complementarios en dos dimensiones ulteriores, la del «problema-solución» y la del «comportamiento-cognición». Mientras que el planteamiento del MRI y el trabajo de De Shazer centran la atención en el comportamiento de las personas involucradas en la interacción con el problema, de forma relevante pero no exclusiva, White y Epston están más interesados en las cogniciones y sus descripciones como historias de tales comportamientos. Si, por un lado, cabe situar de un modo aproximado sus preguntas «desconstructivas y reinterpretativas» (White, 1988; White y Epston, 1990; White, 1993) en la vertiente cognitiva de una descripción que incluye el problema, por otro cabe ver las preguntas que usan para reescribir la historia del cliente (White, 1988; White y Epston, 1990; Epston, 1993) como la fórmula cognitiva de un recorrido orientado a la solución. En el diagrama siguiente, resulta claro que se puede colocar el planteamiento del MRI en el recorrido orientado al comportamiento y focalizado en el problema, mientras que el planteamiento orientado a la solución de De Shazer (grupo de Milwaukee) puede ser colocado, casi con la misma claridad que el anterior, en el recorrido focalizado en el problema y en la solución; el esquema de la página 179 trata de mostrar las diferencias complementarias descritas en este párrafo.

Una integración de estos tres modelos según estas dos dimensiones ha sido muy útil y de gran ayuda en nuestro trabajo clínico: no sólo nos ha abierto nuevas posibilidades de tratamiento, sino que nos ha ofrecido también mejores oportunidades para satisfacer las necesidades y las expectativas de los clientes. También podemos utilizar la influencia recíproca de comportamiento y cognición en su más amplia multiplicidad y conseguir pasar libremente de «hablar del problema» a «hablar de la solución» y viceversa, si parece que este modo de proceder se adapta mejor a la perspectiva de los clientes. Las líneas directrices expuestas a continuación ilustrarán algunos detalles.

Mientras que el estudio sobre la posible integración teórica de los tres modelos de terapia breve ha comenzado hace poco tiempo, hace ya mucho que los terapeutas de todo el mundo los han integrado con éxito en su práctica clínica (Todd y Selekman, 1991; Chang y Phillips, 1993 Eron y Lund, 1993). Uno de los libros más interesantes entre los que muestran la utilidad práctica de una integración de modelos de terapia postestructuralista es la obra de Selekman *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas (1993*). Los apartados que siguen presentarán la integración práctica de los tres planteamientos que hemos realizado y una primera investigación sobre su eficiencia dentro del contexto de psicoterapia infantil.

LÍNEAS DIRECTRICES DE TERAPIA SISTEMICA BREVE INTEGRADA

Los adolescentes difíciles y sus familias pueden constituir un desafío para todo terapeuta, pero su tratamiento no será necesariamente tan complicado si, con cada nuevo caso, se toma conciencia de la necesidad de estas orientaciones:

1. Evitar el uso de etiquetas.
2. Esperar a que el cliente tenga la fuerza y los recursos necesarios para cambiar.
3. Considerar la terapia como una relación de cooperación dentro de la cual los clientes fijan los objetivos del tratamiento.
4. Descubrir qué ha gustado a los clientes y qué no en las anteriores experiencias de terapia.
5. Dar a los adolescentes el espacio de una sesión individual para valorar sus propias necesidades, objetivos y expectativas.
6. Implicar activamente a colaboradores pertenecientes a sistemas más amplios.
7. Ser flexibles desde el punto de vista terapéutico e improvisar cuando sea oportuno (Selekman, 1993).

Los pasos siguientes sirven como líneas directrices para la primera sesión y las siguientes con las familias que se dirigen a nosotros. El primer contacto (que con mucha frecuencia es telefónico) y las decisiones a las que da lugar, ya están guiados por estos pasos.

Naturalmente es raro que se puedan realizar de forma estrictamente secuencial; no es posible encerrar a las personas en general y a las familias en particular dentro de cualquier esquema de tratamiento, y nosotros no tenemos ninguna intención de hacerlo. Los pasos recogidos en el esquema de la página 179 son sólo líneas directrices en el proceso que ve al terapeuta esforzándose por formular las preguntas y tomar las decisiones. La realización de todos los pasos nos proporciona las informaciones necesarias para este proceso; puede por tanto suceder, si es necesario, que el terapeuta tenga que dar uno o varios pasos hacia atrás.

En el primer contacto tratamos de recoger informaciones sobre el que puede ser definido como solicitante. Para nosotros un solicitante es cualquier persona que presenta un problema y pide cualquier género de ayuda para resolverlo.

Todos los que se unen al solicitante durante los encuentros pueden ser considerados «visitantes». Esto no significa que nos neguemos a trabajar con ellos; todo lo contrario: cuando en una conversación telefónica nos preguntan quién tendrá que estar presente en la primera sesión, obtenemos buenos resultados con esta respuesta: «Todos los que, en la familia o fuera de ella, quieran ayudar a resolver el problema».

Algunas preguntas han resultado muy útiles en la fase de definición del solicitante. He aquí algunos ejemplos:

- ¿Quién tiene el problema?»
- ¿Quién más piensa que éste es el problema?»
- ¿Quién, dentro de la familia, está sufriendo más?»
- ¿Quien más, dentro de la familia, está buscando ayuda?»
- ¿Quién quiere encontrarse con un terapeuta y quién no?»

Gracias a estas preguntas y a las respuestas que obtenemos, estamos experimentando una gran variedad de combinaciones de personas en nuestras salas

de terapia. Si los hijos no perciben ningún problema y no quieren ninguna ayuda nuestra, no dudamos en trabajar solo con los padres. Si todos reconocen la existencia de un problema en la familia y están decididos a echar una mano, hacemos que acudan todos juntos. En nuestra práctica profesional nunca nos ha llamado un muchacho o una muchacha para pedir ayuda. Siempre que en una familia hay un problema que afecta a un muchacho o a un adolescente mayor de dieciséis años, los solicitantes son los padres. Hemos visto que en muchos casos los padres (o uno de los dos) son los únicos solicitantes. Con mucha frecuencia nos preguntan: «¿A quién tenemos que llevar al primer encuentro?». Podemos hacer preguntas relativas a la motivación de los miembros de la familia con respecto a la terapia, pero en general dejamos que la familia decida. Para ayudar a la familia a tomar esta decisión, proponemos preguntas como las siguientes:

•«¿Quién estaría dispuesto a venir a echar una mano para resolver el problema?»
•«Si os pidiese que viniera toda la familia, ¿qué miembro, con mayor probabilidad, se opondría?»
•« ¿Quién quiere venir con vosotros y quién no quiere hacerlo?»

Desde hace mucho, la terapia sistémica breve se ha distanciado de la práctica de celebrar las sesiones con todos los miembros de una familia reunida; con frecuencia resulta más fácil y más rápido definir los objetivos terapéuticos cuando algunos miembros no están presentes, especialmente los que rechazan la terapia. Adoptamos el mismo criterio también en el caso en que un niño o un adolescente definidos como «el problema» rechacen acudir a la terapia. Nuestro modo de considerar el problema de una familia ligado a la interacción, y de predisponer las intervenciones consiguientes, hace posible el cambio independientemente del número de los miembros presentes en la sala de terapia (Komori y Geyerhofer, 1993). La mejor combinación con la que trabajar ha resultado ser aquella en la cual están presentes todos los que están dispuestos y pueden ayudar a resolver el problema. Es interesante que no se haya encontrado ninguna correlación entre el número de miembros presentes y el número de problemas definidos en el curso de la terapia.

Es frecuente que familias con niños o adolescentes problemáticos hayan mantenido encuentros precedentes con representantes de los sistemas asistenciales (psicólogos escolares, médicos, programas de rehabilitación y recuperación de la droga, clínicas de salud mental, distritos de policía local). En el Instituto de Terapia Sistémica de Viena, el 67,6 % de todas las familias indican que han tenido contactos anteriores por el mismo problema con otros profesionales expertos, incluidos los psicólogos, los médicos y los psicoterapeutas; con frecuencia algunos de ellos (especialmente los profesores o los médicos) están aún interesados y dispuestos a echar una mano, pero en la historia de la terapia de la familia raramente se les ha pedido que entren en el contexto terapéutico, y sólo como tentativa extrema de resolver el problema; no obstante, pueden representar no sólo una fuente útil de informaciones sobre lo que ha funcionado y lo que no en el pasado, sino también proporcionar una base constructiva para la creación de nuevas historias, nuevas excepciones y resultados, una vez que las cosas empiezan a cambiar. En su libro *Abrir caminos para el cambio, soluciones de la*

terapia breve para adolescentes con problemas, Selekman describe los posibles modos de cooperar con los colaboradores pertenecientes a sistemas más amplios.

Mientras que alguna vez los dos primeros pasos se realizan ya en la primera llamada telefónica, el tener paso de nuestras líneas directrices exige el esfuerzo del terapeuta y de la familia durante gran parte de la primera sesión. Las preguntas que ofrecen un primer cuadro de lo que se podría definir como el problema suelen ser las siguientes:

- « ¿Cuál es exactamente el problema que os ha traído aquí hoy?»
- « ¿Qué os ha hecho levantar el teléfono y llamar?»
- « ¿Quién ha decidido acudir a la terapia?»
- « ¿Qué desearíais que fuese diferente?»

La mayoría de las veces, después de haberse encontrado con cada miembro de la familia por separado, el terapeuta hace preguntas relativas al problema o, mejor dicho, al modo en que los miembros de la familia ven el problema que los ha llevado a la terapia. Al terapeuta no le resulta siempre fácil hacerse una idea concreta y exacta del problema y, en algunos casos, esto requiere más de una sesión.

A menudo la definición del problema va seguida de la definición de un objetivo del tratamiento; con todo, es frecuente que las dos definiciones se esclarezcan recíprocamente. Si, por una parle, los clientes no pueden ofrecer en muchos casos una descripción concreta del problema —como, en cambio, nos gustaría que sucediese--, por otra, imaginarse una situación en la vida en la que no este presente el problema ayuda frecuentemente a tener una comprensión mejor del sufrimiento de los clientes, de los síntomas y de las historias que cuentan con respecto a la actitud de el problema que están afrontando. A continuación se indican algunas preguntas que ayudan a imaginar y a describir una vida sin el problema:

- « ¿De qué modo serán diferentes las cosas?»
- « ¿Cómo quieres que cambien las cosas?»
- « ¿De qué modo tu vida sería diferente una vez que el problema estuviese resuelto?
- « ¿Qué cosas diferentes harías una vez que el problema ya no te molestase?»
- «¿Cómo se daría cuenta tu familia de que comienzas a rechazar los síntomas?"
- «Si ya no tuvieras que luchar contra el problema, ¿qué otra cosa harías?»
- «Si yo fuese a tu casa, ¿cómo notaría que vas en la dirección correcta?»
- « ¿Cómo se darían cuenta tus padres y cómo lo advertirían los profesores?»

O bien la clásica pregunta que los terapeutas del MRI asignan como tarea para realizar en casa en la primera sesión:

- « ¿Cuál sería una pequeña y primera señal que te haría comprender que vas avanzando en la dirección correcta?»

La mayoría de estas preguntas, las respuestas relativas y toda la conversación terapéutica que gira en torno a ellas, no ayudan sólo a establecer un objetivo concreto de tratamiento, sino que con frecuencia hacen algo más como, por ejemplo, transformar la conversación, primero centrada preferentemente en el problema, en una conversación en la que el cambio comienza a parecer no sólo posible, sino un argumento concretamente configurado de discusión y, por tanto, en muchos casos necesario. Toda la conversación en la sala de terapia comienza a desplazarse de «hablar del problema» a «hablar de la solución». Esto sienta las bases para un cambio que a veces ha sido suficiente por sí solo.

La integración de modelos de terapia breve focalizados en el problema y orientados a la solución nos permite captar el momento justo para efectuar este desplazamiento de importancia crucial para la terapia, mientras que el uso de planteamientos focalizados exclusivamente en el problema hace que la terapia corra el riesgo de atascarse en las lamentaciones y en las historias en torno a los problemas y a los síntomas. Por otra parte, hay que tener presente que una focalización exclusiva en las excepciones, los recursos y las soluciones, a menudo no satisface las necesidades de los clientes de lamentarse y sus expectativas con respecto a sus posibilidades de ser finalmente capaces de contar toda su historia de sufrimiento a un experto que, según esperan, será *capaz* de comprenderla. También sucede muy a menudo que la solución del problema no es lo primero que los clientes esperan obtener cuando acuden a un terapeuta; especialmente en la terapia con los adolescentes difíciles, los padres y los hijos agradecen poder encontrar un contexto neutral para sus lamentos, su sufrimiento, sus historias personales de lucha contra el problema que ha entorpecido durante tanto tiempo sus vidas. La solución de un problema que persigue a una familia desde hace mucho tiempo, que ha sobrevivido a sus intentos de superarlo, y que después resuelve en unas pocas sesiones de terapia, no aparece sólo como un milagro y un alivio: también se puede considerar como un insulto personal hacia sus propios e incesantes de vencerlos realizados durante muchos años.

Los modelos de terapia breve orientados al problema *y a la* solución son partes complementarias dentro del difícil arte del *problem solving; la metáfora* narrativa de White y Epston (1990) ha sido un instrumento útil que ha descrito estas dos partes en el nivel del lenguaje y la cognición.

Durante el proceso de la terapia las dos direcciones no aparecen como recíprocamente incompatibles, sino que se considera que se complementan mutuamente. El terapeuta valora continuamente la eficacia del recorrido emprendido sobre la base del *feedback* de los pacientes a las preguntas o a las sugerencias. En el proceso de concreacion del mejor contexto para ulteriores cambios, los pacientes y el terapeuta se influyen mutuamente, y la «intensidad» de esta influencia complementaria e inevitable es más homogénea de lo que se piensa, como describe con acierto Weakland (1993):

> El cliente necesita la competencia *y* la ayuda del terapeuta, del mismo modo en que el terapeuta necesita cobrar la nota de honorarios y el cliente es el «comprador» —hay «jerarquía» por ambas partes—. Lo mismo sucede con la competencia. En nuestro planteamiento (terapia breve del MRI) el cliente define el problema, aunque el terapeuta pueda asumir un papel considerable en el esclarecimiento de cuál es el comportamiento implicado y en la precisión de lo que es importante para el cliente, pero que el principio ha sido expresado de forma vaga y confusa. A fin de cuentas, el cliente es el experto fundamental en la determinación de los fines del tratamiento, y el terapeuta es el experto en los medios para alcanzar estos fines. Sobre la base pragmática de la

> experiencia, es probable que el terapeuta tenga una cierta competencia sobre la incompatibilidad de determinados fines deseados y de medios específicos en relación con fines concretos.

Fisch y otros (1982) y Cade (1992) sostienen estas mismas orientaciones.

Durante la terapia, la conversación entre los clientes y el terapeuta podría desplazarse del "hablar del problema" al "hablar de la solución" y después de nuevo al primer contenido, aunque en algunos casos el recorrido elegido después de la definición del objetivo del tratamiento se sigue hasta el final; si algo funciona úsalo mas veces, es la regla simple que está detrás de esta observación.

Aunque en nuestro trabajo puede ser difícil distinguir entre el recorrido focalizado en el problema y el recorrido focalizado en la solución, hay no obstante intervenciones específicas características de todo recorrido. En un clásico recorrido de tratamiento focalizado en el problema, se dedica un poco de tiempo a examinar «lo que no ha funcionado hasta ahora», es decir, los intentos de solución realizados por todos los miembros de la familia y por los demás colaboradores implicados; obviamente, trataremos de interrumpir estos intentos, ya sea sustituyéndolos con comportamientos nuevos y diversos (Watzlawick y otros, 1974; Fisch y otros, 1982) —las llamadas «intervenciones a 180 grados»—, ya sea dando una nueva valoración a los comportamientos que causaron la preocupación en términos de «problemas no relevantes» (Weakland, 1993). El segundo tipo de intervención describe el aspecto más puramente cognitivo del planteamiento del MRI, y se obtiene ordinariamente cambiando la percepción que tiene el cliente del comportamiento problemático a través de las «técnicas de reestructuración» (Watzlawick y otros; 1974).

Las intervenciones típicas en un recorrido de tratamiento focalizado en la solución son la búsqueda de excepciones (De Shazer, 1988a, 1991; Gingerich y De Shazer, 1991): el cliente, con ayuda del terapeuta, busca momentos de su vida en los que no existía el problema. Cabe usar estas excepciones para ulteriores redefiniciones de las relaciones entre los clientes y el problema (White, 1988, 1989). *La* exteriorización del problema (White, 1988, 1989; White, Epston, 1990; Epston, 1993) ha resultado ser una de las técnicas más eficaces en el trabajo con los adolescentes difíciles y sus familias. Se ha dado igual importancia a la posibilidad de interiorizar las soluciones cuando los miembros de la familia han hecho progresos y se han alcanzado algunos de los objetivos del tratamiento. Las «preguntas que redefinen» y las «preguntas sobre lo posible» (White, 1988; White y Epston, 1990; Epston, 1993) son instrumentos útiles para reescribir las historias que llevan a las personas a la terapia.

«La escala de preguntas» (Berg y De Shazer, 1993) y la famosa «pregunta milagrosa» (De Shazer, 1988a) ayudan al terapeuta y a los clientes a aclarar concretamente qué pasos han dado ya, los recursos que poseen y las posibles soluciones proyectadas para el futuro. En la «pregunta milagrosa» se dice a los clientes:

> Supongamos que esta noche, mientras estáis dormidos, sucede un milagro y este problema se resuelve. ¿Cómo sabríais que ha sucedido el milagro? ¿Qué sería distinto?

Ésta y otras preguntas utilizan el futuro para co-construir soluciones hipotéticas con los clientes.

Durante toda la terapia las respuestas y las reacciones no verbales de los clientes sirven como *feedback* para el terapeuta, y le ofrecen de este modo las informaciones necesarias sobre las direcciones y los progresos del tratamiento,

además, obligan al terapeuta a valorar de nuevo la definición de los objetivos o de los problemas y las definiciones presentadas por los solicitantes y las personas invitadas para ayudar a resolver el problema.

Estas líneas directrices han proporcionado una ayuda válida en el trabajo con todo tipo de problemas, y han sido confirmadas tanto en la terapia familiar como en la individual y de pareja. En todos los contextos han contribuido a mantener breve la terapia, con una media inferior a las diez sesiones, El apartado siguiente presenta un estudio de valoración de nuestro trabajo con los niños, los adolescentes y sus familias, en casos que presentaban problemas (o síntomas) como trastornos de la alimentación, agresividad, enuresis, rechazo escolar, tics, abuso de sustancias y varias formas de trastornos psicosomáticos.

INVESTIGACIÓN SOBRE EL RESULTADO EN DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DIFERENTES

Siguiendo las líneas directrices para la terapia sistémica breve ilustradas anteriormente, hemos realizado dos proyectos paralelos de investigación clínica para un período preestablecido de tiempo. En un instituto de terapia de la familia privado (Institut für Systemische Therapie de Viena) y en una clínica de pediatría de la Gifu University (escuela de medicina, departamento de pediatría) se han usado para el seguimiento las preguntas que se indican a continuación sobre los pareceres de los clientes a propósito del resultado conseguido con el tratamiento seis meses después de la última sesión:

1. Cuando vinisteis al hospital (instituto) por primera vez, estabais preocupados por... Esta preocupación, ¿ha aumentado? ¿Ha seguido siendo la misma? ¿Ha disminuido?
2. Desde cuando habéis interrumpido el tratamiento, ¿han aparecido nuevos problemas en vosotros o en algún otro miembro de la familia?
3. Desde que habéis interrumpido el tratamiento, ¿ha habido mejoras o soluciones en otros problemas?
4. Desde que habéis interrumpido el tratamiento, ¿habéis recibido, vosotros u otros miembros de la familia, ulteriores tratamientos? En caso afirmativo, ¿para qué problemas? ¿Qué clase de tratamiento?

Las preguntas elegidas para nuestro seguimiento telefónico seis meses después de la última sesión son las mismas que las usadas en investigaciones anteriores (Weakland y otros, 1974; Nardone y Watzlawick, 1990; De Shazer, 1991; Macdonald, 1994). De esta forma cabe confrontar y *analizar* los resultados en un contexto más amplio.

Durante el período de la investigación llamaron al Instit für Systemische Therapie (IST) treinta y cuatro madres o padres con quejas al menos hacia uno de sus hijos, para establecer una primera entrevista, organizada después con los solicitantes y todas las personas dispuestas a ayudar a resolver el problema. La entrevistas con los clientes se realizaron en tres contextos diversos: diecisiete clientes o familias (50 %) con un solo terapeuta, seis (17,6 %) con una pareja de terapeutas dispuestos a ayudarlos y once (32,4 %) en el llamado «Centro de terapia familiar» con un terapeuta

en la sala y otro detrás del espejo, disponible para reflexiones o consultas. La duración media de un tratamiento fue de dos meses, con un máximo de nueve, el número medio de tres sesiones osciló de un mínimo de una a un máximo de once. Veintitrés familias indicaron que tuvieron contactos anteriores con otras figuras terapéuticas, incluidos médicos y psicólogos. La mitad de las familias (50 %) dijeron que hacía más de un año que el problema dificultaba su vida y sus relaciones. Los trastornos presentados mostraron una gran variedad de problemas infantiles y de los adolescentes como anorexia, trastornos del sueño, depresión infantil, rechazo escolar, tics, abuso de sustancias, crisis de adolescencia, miedos y obsesiones, agresividad, problemas de alimentación y trastornos psicosomáticos. Con veinte clientes (58,8 %) se pensó conjuntamente y de común acuerdo que la terapia había concluido. Después de haber dedicado la última sesión a interiorizar las soluciones establecidas por todos los miembros de la familia, haber elaborado una lista de todos los recursos de los que la familia dispone para resolver un problema o haber enumerado todas las posibilidades que habrían podido hacer empeorar de nuevo las cosas, se dijo a los clientes que podían llamar para establecer un nuevo encuentro siempre que lo necesitasen. Los otros catorce clientes terminaron la terapia por propia iniciativa; algunos de ellos llamaron para decir que ya no había necesidad de terapia y otros no se presentaron a la entrevista acordada. No fue posible localizar a dos familias para el seguimiento después de seis meses (se habían trasladado a otra zona); otras dos de la primera sesión, se habían dirigido a otro instituto y no se contactó con ellas. Con las otras treinta familias se entró en contacto seis meses después de la última sesión y respondieron a las cuestiones del seguimiento.

En aquel mismo período fueron trasladados ala Clínica psicosomática de la Gifu University (Escuela de medicina, Departamento de pediatría) treinta y cuatro niños definidos como psicosomáticos. Veintiséis familias fueron tratadas con la terapia sistémica breve, los otros niños fueron sometidos a tratamiento farmacológico o trasladados al departamento de psiquiatría, En la clínica el número medio de sesiones fue de cuatro, con un mínimo de una y un máximo de diez. Los diagnósticos incluían polaquiuria, trastornos de la alimentación, enuresis, rechazo escolar, tics y varias formas de síntomas psicosomáticos. Cuatro familias abandonaron la terapia y no se pudo realizar el seguimiento. Con las otras veintidós familias se mantuvieron conversaciones telefónicas seis meses después de la última sesión.

El seguimiento se realizó con los solicitantes. Para clasificar las respuestas a nuestras preguntas y la eficacia global de nuestro planteamiento se utilizó el esquema siguiente:

Éxito: tanto el síntoma (problema) como la preocupación han desaparecido. No hay necesidad de un tratamiento ulterior.

Mejoría: tanto el síntoma como la preocupación se han reducido decisivamente, pero aún están presentes.

Ningún cambio. Pregunta 1: «Lo mismo» o necesidad de ulterior tratamiento para el mismo problema.

Empeoramiento. Pregunta 1: «Más» o la hospitalización del paciente.

RESULTADOS

El 52,9 % en el IST (validez del 60 % incluidos los casos de abandono) y el 61 % de los solicitantes —sobre todo los padres— en la Clínica de pediatría presentaron un cambio significativo. El problema contra el que habían luchado se había resuelto y no había necesidad de un tratamiento ulterior ni de preocupación alguna con respecto a la dificultad que los había llevado a la terapia.

Estudios anteriores, semejantes a los nuestros (Weakland y otros, 1974; De Shazer, 1991; Macdonald, 1994) han mostrado igualmente que, en algunos casos, durante las conversaciones de seguimiento (pregunta 2 del cuestionario) se había observado la manifestación de problemas en otras áreas. En el (ST, diecisiete sujetos ($6,7 %) informaron acerca de tales problemas. Es interesante que dieciséis de ellos (55,2 %) dijeron también que pudieron afrontar estos problemas de tal forma que los resolvieron o mantuvieron el control sobre ellos. Este efecto de generalización después del tratamiento (pregunta 3 del cuestionario) es bien conocido en la bibliografía. Cuando se da una mejora en el área del problema, también se producen cambios positivos en otras áreas.

El 23,5% (porcentaje de validez del 26,7 %) en el Instituto de terapia de la familia y el 12% de todos los casos en la Clínica de pediatría han sido codificados como «mejoras significativas». En estos casos tanto el problema (síntoma) como la preocupación habían desaparecido, y se indican ulteriores tratamientos. Además, el porcentaje de resultados positivos (éxito o mejora) en ambos contextos (porcentaje de validez del 86,7% en el Instituto de terapia de la familia, del 73% en la Clínica de pediatría) confirman los resultados de investigaciones anteriores en el ámbito de la terapia breve sistémica (Weakland y otros, 1974; Nardone y Watzlawick, 1990; De Shazer, 1991; Macdonald, 1994). Sin embargo, no se observó ningún cambio en el 13% de los casos en el Instituto de terapia sistémica y en el 12 % en la Clínica de pediatría.

Analizando los resultados más detalladamente se observaron diferencias interesantes en los dos contextos. En el instituto austríaco el número de los pacientes varones era mayor que el de las mujeres (veinticuatro varones, diez mujeres); en la clínica de pediatría japonesa sucedía lo contrario (diez varones, dieciséis mujeres). La edad media de los niños en Austria era de doce años y siete meses. A la clínica acudieron cuatro madres de niños en edad preescolar. Si nos fijamos en nuestra muestra, parece que en Austria los problemas empiezan cuando los niños comienzan a ir al colegio.

Cabe notar también diferencias interesantes en las frecuencias de los diagnósticos. Parece que hay síntomas y problemas característicos para los varones y para las mujeres, como para los diversos grupos de edad; estas hipótesis se basan en un pequeño número de casos para cada grupo y por ello pueden ser consideradas sólo como observaciones a modo de conjeturas, sin ninguna significación estadística.

Cabría explicar algunas diferencias gracias a los diversos contextos de referencia, otras se podrían deber a diferencias culturales (por ejemplo, la frecuencia de los divorcios en Japón y en Austria) y otras a las variaciones en las acciones de los terapeutas. En el Instituto de Viena los solicitantes iban con más frecuencia acompañados por otros miembros de la familia, sea por los colaboradores, o por los

adolescentes a los que se les «pedía» que acudieran con sus padres, dado que «eran los que causaban todas las dificultades». Los terapeutas de Viena raramente han insistido para encontrarse sólo con los solicitantes; la mayoría de las veces el tiempo de las sesiones se subdividía en momentos separados, ya con los padres, ya con los adolescentes (véase Selekman, 1993). En Gifu el terapeuta, Yasunaga Komori, trabajó con mayor frecuencia sólo con el solicitante, usando el habitual *setting* con un solo terapeuta. En Viena se utilizaron tres *setting* diferentes de terapia en el trabajo con las familias: un solo terapeuta, la coterapia y el Centro de terapia breve.

Una última diferencia surgió en las iniciativas tomadas con respecto a los casos de abandono de la terapia, En Viena se entró también en contacto con estos clientes y sus datos se tuvieron en cuenta en la investigación. No se incluyó en la investigación a cuatro familias por otros motivos (dos se habían trasladado *a otra zona;* dos se habían dirigido a otros profesionales después de la primera sesión). Tras haber comparado los resultados obtenidos en los dos contextos terapéuticos, tuvimos que considerar los porcentajes válidos de los datos de Viena. A pesar de nuestra comunicación regular entre Asia y Europa, al menos hemos logrado crear este «equívoco creativo» (como lo definiría De Shazer).

Un análisis más detallado de los datos podría ofrecer «predictores» posibles para valorar el éxito de la terapia. No se ha demostrado que el *setting,* la duración del problema, el número de las sesiones, el diagnóstico o el contexto de referencia sean buenos predictores del éxito de la terapia; el modo en que se ha concluido ha sido la única variable útil para las predicciones. Los clientes que han decidido concluir la terapia junto al terapeuta (independientemente del numero de las sesiones) presentan mayores porcentajes de éxito» o «mejora» en los resultados del seguimiento. »Ningún cambio» ha sido significativamente más frecuente ($r = 0,65$; $p = 0,001$) en los casos en que los clientes concluían la terapia por propia iniciativa, anulando la siguiente cita o no presentándose.

CONCLUSIONES

Como ya hicieron otros antes que nosotros (Todd y Selekman, 1991; Chang y Phillips, 1993; Selekman, 1993), hemos logrado integrar los tres planteamientos principales de la terapia sistémica breve con modalidades que no han mostrado sólo su compatibilidad teórica, sino que también han abierto muchísimas posibilidades nuevas en la práctica clínica con las familias. Mientras continuamos aumentado la eficacia de estos planteamientos para nuestros clientes, hemos fijado nuevos objetivos de investigación. Esperamos, en el transcurso de dos años, ser capaces de presentar ulteriores resultados obtenidos con la terapia estratégica focalizada en los recursos, puntos fuertes, posibilidades, historias, problemas y soluciones, más que en la patología, incapacidad, culpa, *insight y* recriminación. Partiendo de este planteamiento, confiamos en proporcionar nuestra pequeña aportación al «cambio de aires» (O'Hanlon, 1993) que en los últimos diez años se ha observado en el campo de la terapia sistémica.